G. RUSSU

BOLI ȘI SINDROAME CU NUME PROPRII

GHID-DICȚIONAR • Vol. I

A B C D E F G
H I J K

Celor ce mi-au dat viață și m-au învățat să fiu mai bun, să iubesc oamenii și să cred în ei, le dedic această modestă carte.

GEORGE RUSSU
DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE

BOLI ȘI SINDROAME CU NUME PROPRII

(GHID—DICȚIONAR)

DEFINIȚIE
CARACTERE MORFO-BIO-CLINICE
EVOLUȚIE
PROGNOSTIC
TRATAMENT
INDEX BIBLIOGRAFIC

JUNIMEA ● IAȘI ● 1975

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Sub influența impetuoasei dezvoltări pe care o marchează știința, medicina modernă a încetat de a mai fi o simplă acumulare pasivă de cunoștințe dobîndite de-a lungul secolelor. Ea a devenit o cucerire pentru ameliorarea condițiilor de viață ale omului, în funcție de epoca sa.

În avalanșa uriașă de noutăți și mutații, lucrul cel mai important pentru medicină, în optica nosologică și terapeutică actuală, este posibilitatea de a oferi mereu medicului o bogată și complexă informație asupra tuturor problemelor.

Întrucît valoarea cunoștințelor este fugace și schimbările sînt adesea extrem de rapide, medicului îi este astăzi aproape imposibil, chiar cu un intens efort intelectual, să se mențină cu toate datele la zi. În fața medicului în general și a celui practician în special, se ivesc numeroase dificultăți, generate nu numai de rezolvarea unor probleme legate de specialitatea sa,

Scanned with OKEN Scanner

cît mai ales de acelea aparținînd altor domenii ale medicinei, mai apropiate sau mai îndepărtate.

În asemenea circumstanțe, lacune importante în cunoaștere sînt aproape inevitabile chiar și pentru medicii cu cunoștințe de specialitate foarte bogate. Din această cauză, pentru a-și organiza judicios sursele de informare, medicul trebuie să utilizeze, concomitent cu schimburile constante de opinii cu alți colegi, dispozitive bibliografice complexe, reviste de specialitate, index de referințe și, în unele cazuri, chiar ordinatori centrali. Numai în acest sens, medicul, de orice specialitate ar fi și care, din punct de vedere teoretic, după terminarea studiilor rămîne de unul singur, va putea fi mereu la zi cu toate datele științei medicale necesare îngrijirii corecte a bolnavilor și progresului continuu al cercetării științifice.

În acest context, în noianul de noutăți și de schimbări ale medicinei moderne, realizarea unor lucrări de mare sinteză sînt nu numai binevenite ci și necesare. Ele scutesc atît pe medicul practician cît și pe cercetător de mari eforturi și pierdere de vreme, oferindu-i în schimb, cu ușurință și economie de timp, o serie de date utile. Cartea a fost scrisă tocmai cu intenția de a pune la dispoziția medicului aceste din urmă mari avantaje.

Elaborarea ei a pornit de la observația generală că oricare ar fi specialitatea și îndeletnicirea medicului, o dificultate des întîlnită apare atunci cînd este vorba de boli sau sindroame consemnate în literatura medicală sub diferite nume proprii. Stabilirea unor asemenea entități nosologice și căutarea primului izvor bibliografic întîmpină dificultăți,

necesită eforturi mari și, adesea, pierdere inutilă de timp.

Alt motiv care a determinat înmănuncherea în această lucrare a tuturor afecțiunilor cunoscute sub diferite denumiri proprii a izvorît și din dorința de a oferi medicului, indiferent de specialitate, un instrument util de informare, în speranța de a-i spori capacitatea de înțelegere și de interpretare a fenomenelor morbide, punîndu-i în același timp la dispoziție, fără efort deosebit, un termen necunoscut lui sau demult uitat.

Afecțiunile sînt prezentate în ordine alfabetică și alături de caracterele morfo-bio-clinice, de evoluție, prognostic și tratament, condensate în cîteva fraze, la fiecare boală sau sindrom se prezintă cititorului cel puțin trei indicații bibliografice selective, necesare unei eventuale documentări mai aprofundate a problemei respective. Deoarece menționarea integrală a bibliografiei consultate ar fi ocupat un spațiu imens, au fost selectate numai lucrările cele mai reprezentative și cu deosebire cele cu caracter informativ general.

Prin prezentarea celor aproape 3 600 de boli și sindroame cu nume proprii, îmi permit a crede că această carte se va bucura de o largă adresabilitate, în egală măsură pentru toți medicii.

Redactată într-un stil voit concis și totodată variat, diversele aspecte patologice cunoscute în medicină și sub diferite denumiri de autori vor putea fi cu ușurință identificate, atît de medicul cu experiență, cît și de medicul începător sau de studentul în medicină.

Este posibil ca enormul material prelucrat pentru alcătuirea acestei cărți cît, și diversitatea domeniilor medicale abordate să fi permis totuși apariția unor greșeli, care, vor putea

Scanned with OKEN Scanner

fi îndreptate în eventualele reeditări, pe măsura unei documentări mai complexe și a unor sugestii venite din partea cititorilor, de la care se așteaptă, în mod sincer, valoroase completări și critici.

Cartea poate fi utilă tuturor medicilor, indiferent de specialitate și indiferent dacă lucrează efectiv în domeniul ocrotirii sănătății publice, în învățământ sau în institutele de cercetări.

Ea apare într-un moment în care informatica face pași uriași în toate domeniile științei, inclusiv în medicină

Iași, mai, 1974

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

A

ABAZA-HOET (sindromul lui) : **sindromul gravidic de origine hormonală.**

Este un sindrom endocrinologic, care după Abaza ar fi datorit unor tulburări ale hormonului somatotrop, iar după Hoet, ar fi de natură corticosuprarenală. Se manifestă clinic, din partea mamei, printr-o obezitate de tip cushingoid, care apare imediat post-partum și diabet. Ambele afecțiuni sînt pasagere, reapar la fiecare sarcină și cîteodată pot deveni chiar permanente. Copiii născuți din aceste mame sînt mult mai mari decît normalul la naștere și ulterior, au o tendință și predispoziție specială pentru diabet.

1. De Gennes L : *Maladies des glandes endocrines.* Edit. Flammarion Paris, 1949.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* 3-e édition. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Expans. scientif. franc. Paris, 1966.
4. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands.* Lea and Febiger, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

ABDERHALDEN-FANCONI (sindromul lui) : **sindromul lui Fanconi-Toni-Debré ; sindromul lui Lignac-Fanconi.**

Este o afecțiune ereditară de tip recesiv, care se caracterizează printr-o tulburare a metabolismului acizilor aminați, datorită căreia desaminarea acestora nu se mai efectuează normal. În consecință, proteine anormale trec prin membrana glomerulară și sînt reabsorbite de către tubi. În urma acestui fapt se produc o serie de leziuni glomerulare și tubulare, care se traduc clinic prin albuminurie, hiperfosfaturie, rahitism renal, diabet renal, etc. Din punct de vedere histopatologic, sindromul se caracterizează printr-o degenerescență tubulară, prezența de cristali de cistină în sistemul reticulo-endotelial, ganglioni limfatici și măduvă. Tabloul clinic nu este caracteristic la naștere. El începe a se contura mai tîrziu : copilul devine adinamic, rahitic, are o termolabilitate deosebită, prezentînd concomitent polidipsie și poliurie. La adult, unde procesul morbid are de obicei altă patogenie (cauzat fiind de intoxicații cu metale grele, boala lui Wilson, mielomul multiplu, etc.), simptomele cele mai importante sînt osteomalacia și hipokaliemia. Biologic : albuminurie, isostenurie, hiperaminoacidemie, glicozurie, cetonurie, hipokaliemie și hipofosforemie. În punctatul de măduvă osoasă se poate observa existența cristalilor de cistină. Prognosticul este rezervat ; copiii ce suferă de această boală rareori ajung pînă la vîrsta de 10 ani. La adult, prognosticul este ceva mai puțin grav, el depinzînd în mare măsură de afecțiunea primară. Tratamentul constă din administrare de vitamina D, corectarea acidozei cronice prin citrat de sodiu sau de potasiu și medicație simptomatică.

1. Bradley S. E. : *Amer. J. Med.* 1956, 20, 448.
2. Cox G. J., Hudson L. : *J. Nutrit.* 1930, 2, 271.
3. Debré R., Royer P., Lestradet H. : *Sem. Hôp.* Paris, 1956, 32, 235.
4. Fanconi G., Bickel H. : *Helv. paed. Acta*, 1949, 4, 359.
5. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson et C-ie, Paris, 1963.
6. Lignac G.O.E. : *Arch. Klin. Med.*, 1924, 445, 139.
7. Toni G. De : *Acta Paed.*, 1933, 16, 479.

Scanned with OKEN Scanner

ABERFELD-HINTERBUCHNER-SCHNEIDER (sindromul lui) : **miotonie, anomalii oculare și ale feței.**

Este un sindrom clinic complex caracterizat prin existența concomitentă a unei miotonii, anomalii oculare diferite și ale feței. Boala este congenitală. Prognosticul este rezervat. Nu are tratament.

1. Adams R. D., Denny-Brown D., Pearson C. M. : *Disease of the muscle. A study in pathology.* New York, Harper, 1962.

ABRAMI (sindromul lui) : **septicemia entero-hepatică cu coli ; colisepsis enterohepatica ; sindromul Brulé și Garaban.**

Este o afecțiune descrisă în anul 1909 de către Abrami, determinată de o infecție endogenă cu bacilul coli. Inflamația căilor biliare intra și extrahepatice cu coli se datorește eliminării prin ficat a germenilor pătrunși la acest nivel pe cale hematogenă. Se traduce clinic prin astenie, adinamie, febră ridicată, subicter, hepato-splenomegalie, etc. Prognosticul este rezervat. Tratamentul constă în administrare de antibiotice după testarea sensibilității germenilor microbieni.

1. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* Teil I–II, 1969. VEB, G. Fischer Verlag, Iena.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.*, Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

ABRAMI (boala lui) : **icterul hemolitic cîștigat ; boala lui Widal-Abrami-Brulé (vezi).**

ABRAMI-FAUVERT (sindromul lui) (1925) : **boala ortostatică ; hipotensiunea ortostatică idiopatică ; boala lui Bradbury și Eggleston.**

Boala ortostatică descrisă de Abrami și Fauvert și de Bradbury și Eggleston este o hipotensiune ortostatică idiopatică. Afecțiune foarte rară, ea trebuie deosebită de formele de hipotensiune secundare, care sînt mai frecvente și care pot fi determinate de boli ale cordului, de hipovolemie sau de o dilatație vasculară periferică importantă. Se caracterizează printr-o scădere mare a

Scanned with OKEN Scanner

presiunii sistolice și diastolice care se produce în momentul cînd bolnavul trece de la clinostatism la ortostatism. Indivizii care suferă de această afecțiune, în afară de hipotensiune, lipotimie sau sincopă, ce apar în momentul trecerii lor din poziția culcată în ortostatism, mai prezintă: astenie, palpitații, vertije, anhidroză și impotență. Pe electrocardiogramă se poate observa inversarea undei T în D II, D III și la dreapta ariei precordiale. Boala ortostatică s-ar produce în urma acumulării de sînge în vasele splahnice și membrele inferioare și apariția unei ischemii cerebrale. Alți autori cred că afecțiunea ar fi determinată de o perturbare funcțională a sinusului carotidian și a reflexelor presorii de la acest nivel. Prognosticul quo ad vitam este bun. Tratamentul constă din medicamente simpaticomimetice și portul unui corset în poziția ortostatică.

1. Bradbury S., Eggleston C.: *Amer. Heart. J.*, 1925, 1, 73.
2. Hegglin R.: *Regensburg Jb. arztl. Fortibild.*, 1961, 1, 9.
3. Hegglin R.: *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Medicală București, 1964.
4. Volkmann H.: *Med. Klin.*, 1943, 38, 41.

ABRAMI-FRUMUSAN (sindromul lui): **ciroza hipertrofică anicterică.**

Spre deosebire de sindromul sau boala lui Hanot, care este o ciroză hipertrofică cu icter cronic, sindromul lui Abrami-Frumusan este tot o ciroză hipertrofică, însă fără de icter. Afecțiunea se întîlnește foarte rar și de obicei interesează indivizii tineri. Etiologia este neclară: s-au incriminat hepatita, factorii toxici și chiar procese de colagenoză a canaliculelor biliare. Ficatul acestor bolnavi este dur, mare, neted, fin granulat și colorat verde închis. Structura hepatică este relativ intactă. Există procese de angiocolită și periangiocolită și o proliferare a țesutului conjunctiv și a spațiilor porte cu invadare intralobulară accentuată. De obicei există concomitent și splenomegalie. Boala evoluează lent și, în afară de unele simptome generale caracteristice cirozei (astenie, adinamie, slăbire, etc.), numai în stadiile avansate ale bolii apar ascita, varicele esofagiene și hemoragiile digestive. Pro-

bele funcționale hepatice sînt moderat alterate. Prognosticul este sever. Tratamentul constă din regim alimentar, repaos și hepatoprotectoare.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
2. Müting D., Lackas N., Reikowski H., Richmond S.: *Dtsche med. Wschr.*, 1966, 91, 33, 1433.
3. Ruf-Bächtinger L.: *Schweiz med. Wschr.*, 1967, 97, 3, 74.
4. Sandorfer F., Sailer S., Braunsteiner H.: *Wien. Klin Wschr.*, 1966, 78, 43–731.

ABRAMI-PARLIER (sindromul lui): **forma neurorhizomelică a poliartritei cronice evolutive.**

Este o formă clinică a poliartritei cronice evolutive (forma neurorhizomelică), care se întîlnește mai frecvent la femeie decît la bărbat, la vîrsta de 20—40 ani. Este o afecțiune cronică caracterizată prin prinderea bilaterală și simetrică a articulațiilor, care sînt sediul unor inflamații, dureri și deformații cu tendință la anchiloză. Boala evoluează în pusee acute întretăiate de remisii mai mult sau mai puțin complete. Modificările histopatologice ale articulației bolnave constau dintr-o sinovită cronică cu formarea panusului și o eroziune cartilaginoasă precoce. În stadiul tardiv, procesul articular se organizează transformîndu-se într-o anchiloză fibroasă. Simptomele prodromale obișnuite sînt: febră, stare generală alterată, pierdere în greutate, parestezii și transpirații ale mîinilor și picioarelor, redoare matinală și sindrom Raynaud. Debutul clinic este insidios, cu prinderea articulațiilor mici de la mîini și picioare. Evoluția este simetrică și centripetă; deformările se produc în mod obișnuit. Se mai întîlnesc de obicei următoarele simptome: atrofii musculare și tegumentare (simptom caracteristic sindromului Abrami-Parlier), noduli subcutanați, irită, splenomegalie și limfadenie. Testele serologice referitoare la existența factorului reumatoid sînt adeseori pozitive, iar VSH este accelerat. Evoluția bolii este imprevizibilă. Deseori pot apare remisii permanente. În cele mai multe cazuri, boala este evolutivă. În general, după 10 ani de la apariția ei, 15% dintre bolnavi sînt imobilizați la pat.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul constă din administrare de salicilați, corticosteroizi, antiinflamatorii (indocid, fenilbutazonă), imunodepresoare, etc.

1. De Andrade J. R., McCormick J. N., Hill A.G.S. : *Ann. Rheumat.* Dis. 1964, 23, 158.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande—Courbevoie, 1963.
3. Ragan C., Farrington E. : *JAMA*, 1962, 181, 663.
4. Rhinelander F. W. : *Arthritis and Rheumatism*, 1961, 4, 566.
5. Waine H. : *Arthritis and Rheumatism*, 1963, 6, 83.

ABRICOSOV (boala lui) (1926) : **mioblastomul granular ; miomul fibroblastic.**

Este o afecțiune caracterizată clinic prin existența unor tumori care iau naștere prin transformarea hiperplazică a celulelor musculare embrionare, histiocitare sau ale membranei lui Schwannon. Tumorile se localizează de obicei la nivelul limbii, pe tegumente sau în alte regiuni ale gurii. Din punct de vedere clinic, tumoretele sînt nedureroase, solitare, nu dau metastaze. Uneori ele pot să se necrozeze. Din punct de vedere histopatologic, tumorile se caracterizează prin prezența unor celule cu citoplasmă granulară de aspect spumos. Boala are caracter benign.

1. Abricosov A. : *Wirchows Arch. Path. Anat.*, 1926, 260.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală Buc., 1967.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

ABT-LETTERER-SIWE (boala lui) (1924) : **reticuloza malignă ; reticuloza endotelială aleucemică ; reticuloza aleucemică ; reticulonedotelioza acută hemoragică a sugarilor (boala lui Letterer-Siwe) (vezi).**

ACHARD-FOIX-MOUZON (sindromul lui) : **agenezia sacro-coccigiană subtotală ; agenezia sacro-coccigiană ; distrofia cruro-vesico-fesieră ; omul fără fese.**

Este o boală congenitală ce se caracterizează prin absența ultimelor 2—3 vertebre sacrate, malformații osoase ale bazinului, incontinență de urină și materii fecale, precum și atrofia accen-

tuată a mușchilor fesieri, ai coapselor și ai gambelor. Boala are o evoluție lentă. Nu are tratament.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. scientif. franc., Paris, 1966.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
4. Rocher L., Rondil R. : *Rev. Chir.*, 1931, 5, 299.

ACHARD-RAMON (sindromul lui) : **potomania infantilă.**

Boală care se întîlnește la copii și se caracterizează clinic printr-o polidipsie primară și o poliurie care simulează un diabet insipid sau un diabet insipid nefrogenetic. Apare mai frecvent la copii psihopați (mitomani, histerici, etc.). Nu are caracter congenital. Evoluția relativ lentă. Prognosticul bun. Tratamentul constă din administrare de medicație sedativă.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry.* Vol. I–II. Basic Books, 1959.
2. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry.* Grove, 1961.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry.* McGraw-Hill, 1963.
4. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală Buc. 1967.
5. Finch S. M. : English O. S. : *Introduction to Psychiatry.* Norton 1964.

ACHARD-THIERS (sindromul lui) : **sindromul adrenogenital de menopauză ; diabetul zaharat și hirsutismul la femei ; diabetul femeilor cu barbă printr-o secreție crescută de hormoni suprarenalieni.**

Este o formă de virilism ovarian care se instalează de obicei la menopauză. Tabloul clinic se caracterizează prin virilism, obezitate, hipertensiune arterială și diabet. Virilismul pilar este determinat de asocierea hipertrihozei cu un grad mai mare sau mai mic de hirsutism. În unele forme de hiperandrogenie accentuată se observă de asemenea și fenomene de defeminizare, caracterizate prin tulburări menstruale, regresiunea caracterelor sexuale secundare, modificări trofice

Scanned with OKEN Scanner

uterine și mamare specifice deficitului estrogenic. Eliminările de 17-ketosteroizi sînt normale sau chiar crescute, iar pe cromatogramă, fracțiunile VI și VII sînt crescute moderat. Evoluția bolii este lentă și progresivă. Treptat, de-a lungul anilor, tabloul clinic se completează cu noi semne de defeminizare și masculinizare. Tratamentul hormonal poate modifica întrucîtva evoluția bolii.

1. Audit J. F. : *Gynec. et Obstet.*, 1952, vol. 51, 3, 236.
2. Busch I. E., Mahesh V. S. : *J. Endocrinol.*, 1959, 18, 1.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
4. Lederer D. : *Ann. Endocrin.* (Paris), 1950, 11, 433.
5. Milcu Șt., Maximilian C. : *Studii Cercet. Endocrin.*, 1962, vol. XIII, Nr. 3, 391.

ACHARD-THIERS (sindromul lui), **vezi sindromul Morgagni-Stewart-Morel.**

ACOSTA (sindromul sau boala lui d') : **boala de altitudine ; boala Puna ; boala munților.**

Boala a fost descrisă foarte recent (1960) și se caracterizează clinic prin dispnee, cefalee, cianoză, astenie, vertije și tulburări de vedere și de auz. Aceste tulburări se datoresc unei hipoxemii de la nivelul țesuturilor sistemului nervos central, cauzate de scăderea presiunii atmosferice și lipsei de oxigen în timpul șederii la altitudine. Se pare că atît hiperventilația cît și poliglobulia compensatorie ar contribui mai puțin la determinarea tabloului clinic al afecțiunii, decît hipoxemia cerebrală. Tratamentul constă din scoaterea bolnavului din zona de altitudine și oxigenoterapie.

1. Engel G. L., Ferris E. B., Logan M. : *Ann. Int. Med.*, 1947, 27, 683.
2. Lewis B. J. : *Biochem. Clin.*, 1964, 4, 89.
3. Rice B. L. : *Amer. J. Med.*, 1950, 8, 691.
4. Tucker W. J. : *Med. Clin. North Amer.*, 1963, 47, 491.

ADAIR-DIGHTON (sindromul lui) : **sindromul proteinelor albastre ; boala lui Eddowes ; sindromul Eddowes-van der Hoeve ; osteopsatiroza lui Lobstein.**

Scanned with OKEN Scanner

Este un defect congenital de osificare periostală a oaselor lungi. Se descriu 2 forme: una dominantă şi una tardivă recesivă (tip Vrolik-Durant şi tip Lobstein). Tabloul clinic este dominat de multiple fracturi care survin de obicei, mai ales în tipul Lobstein, după naştere. Creşterea longitudinală a oaselor se face normal; patologic se dezvoltă numai diafizele osoase. În afară de aceste simptome, se mai descriu: tulburări auditive sau chiar surditate, coloraţia albastră a scleroticelor. În sînge, se observă prezenţa proteinelor albastre. Etiologia bolii este necunoscută. Nu are tratament.

1. Fairbank H.A.T.: *Arch. Surg.*, 1926, 13, 523.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum Clinique.* Edit. Masson, 1963.
3. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expan. Scient. Franc., 1966, Paris.
4. Russel Cecil: *A Textbook of Medicine.* Saunders Comp. 1955.
5. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

ADAMS-STOKES (sindromul lui) (1827): **sincope brutale la indivizii cu bloc atrio-ventricular complet sau fibrilaţie ventriculară; sindromul Morgagni-Adams-Stokes; sindromul Spens; pulsul lent.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin sincope brutale cu sau fără fenomene convulsive, care se întîlneşte la bolnavii cu bloc atrio-ventricular complet sau în accesele de fibrilaţie ventriculară. Se datoreşte tulburărilor hemodinamice produse de întreruperea de scurtă durată a activităţii eficiente a ventriculilor. Criza, care durează de obicei cîteva minute, se caracterizează prin pierderea bruscă a cunoştinţei, convulsii epileptiforme, încetinirea sau, din contra, accelerarea alurei ventriculare. Bolnavul este cianotic, are respiraţie de tip Cheyne-Stokes, pulsul este foarte lent sau absent. Prognosticul este rezervat, deoarece, la aceşti bolnavi, moartea poate surveni în orice moment.

1. Adams R.: *Dublin Hosp. Rep.*, 1827, 4, 353.
2. Fica V.: *Aritmiile.* Ed. Medicală, Buc., 1970.
3. Rowe J. C., White P. D.: *Ann. Int. Med.*, 1958, 49, 260.
4. Teodorescu B.: *Cardiologia*, vol. II, Edit. Medicală Buc., 1961.

Scanned with OKEN Scanner

5. White P. D. : *Heart Disease.* 4th ed. McMillan, N.Y, 1951.
6. Whipple H. E. (editor) : *Ann. New-York Acad. Sc.*, 1964, 3, 813.
7. Wolff L. : *Circulation*, 1954, 10, 282.
8. Zoll P. M., Linenthal A. L., Norman P., Belgard A. N. : *Circulation*, 1954, 9, 482.

ADDISON (boala lui) : **insuficiența suprarenală cronică ; hipocorticismul cronic ; boala bronzată.**

Boala lui Addison, descrisă în 1855, este o afecțiune determinată de carența cronică a hormonului cu acțiune glicostatică și a celui interesat în metabolismul mineral. Factorul etiologic cel mai important care determină această boală este tuberculoza. Se mai admite astăzi și o etiologie autoimună, alături de o atrofie idiopatică, carcinomul metastatic (al sînului și pulmonului), micozele coccidioide ale suprarenalei, gomele sifilitice, sclerodermia, amiloidoza și hemocromatoza. Tabloul clinic se caracterizează prin astenie, oboseală, anorexie, grețuri, vărsături, diaree, pigmentare cutanată, pilozitate axilară redusă, hipotensiune arterială, inima mică, etc. Biologic : hiponatremie, hipocloremie, scăderea 17-ketosteroizilor și a 17-hidroxicorticosteroizilor urinari, eosinofilie și limfocitoză. Tratamentul hormonal de substituție poate prelungi mult evoluția bolii.

1. Blizzard R. M., Kyle M. : *J. Clin. Invest.* 1963, 42, 1653.
2. Curteanu G. : *Pediatria* (Buc.), 1972, 21, 2, 125.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de Pediatrie.* Edit. Medicală Buc., 1965.
4. Gutman P. H. : *Arch. Path.* 1930, 10, 742.
5. Nelson D. H. : *G. P.*, 1964, 29, 134.
6. Nöthiger F. : *Z. Kinderheilk.*, 1967, 99, 1.

ADDISON-BIERMER (boala lui) : **anemia malignă ; anemia megaloblastică ; anemia pernicioasă.**

Este o afecțiune idiopatică cronică caracterizată printr-o anemie megalocitară și macrocitară cu hiperplazie megaloblastică a măduvei osoase, glosită, anachlorhidrie gastrică și tulburări neurologice, datorită unui deficit de vitamina B_{12}, consecutiv unor tulburări de absorbție și nu unei carențe alimentare. Există o predispoziție ereditară pentru anemia pernicioasă, boala transmițîndu-se ca factor autosomal dominant, unic. Absența în sucul gastric a factorului intrinsec

al lui Castle împiedică absorbția de vitamina B_{12} și formarea factorului antianemic, care este necesar atît pentru formarea normală cît și pentru maturarea eritrocitelor din măduvă. Tabloul clinic se caracterizează prin simptome anemice (astenie, palpitații, paloare, dispnee, vărsături, glosita Hunter) și simptome neurologice (parestezii, leziuni ale cordoanelor posterioare și laterale ale măduvei, tulburări de micțiune, etc.). În sînge, caracteristică este prezența megaloblastului și existența unei anemii hipercrome. Odată cu introducerea în terapeutică a extractelor de ficat și a vitaminei B_{12}, prognosticul s-a ameliorat foarte mult; cazurile refractare la această terapeutică sînt cu totul excepționale.

1. Davis L. J., Brown A.: *The megaloblastic anemias.* Blackwell, Oxford 1953.
2. Heinrich H. C.: *Metabolis basis of the diagnostic and therapy in Vit. B_{12} Deficiency.* Vol. 1. Grune and Stratton, 1964.
3. Herbert V.: *New England J. Med.*, 1963, 268, 201.
4. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, Philadelphia 1961.

ADIE (sindromul lui) (1931): **pupilotonia primară; sindromul lui Weill-Reys-Adie.**

Sindromul Adie constă dintr-o rigiditate pupilară reflexă cu dilatația miotonică a pupilei la privirea în depărtare. Acest sindrom este deseori confundat cu semnul lui Argyll-Robertson. Spre deosebire de acesta din urmă, sindromul Adie nu are o etiologie luetică ci este determinat de modificări ale tonusului sistemului nervos vegetativ. Se întîlnește mai frecvent la femei decît la bărbați. Reflexele rotuliene și achiliene sînt deseori absente; datorită acestui fapt și tabloului clinic necaracteristic, acest sindrom poate fi confundat la prima vedere cu tabesul. De acesta din urmă se deosebește prin absența unei etiologii luetice și prin faptul că pupila contralaterală reacționează normal la lumină. Prognosticul este relativ favorabil. Tratamentul constă din medicație cu efect asupra sistemului neuro-vegetativ.

1. Aymes A.: *Maladies et syndromes rares ou peu connus.* Paris, 1950.
2. Baufle P.: *Les grands syndromes,* Paris, 1946.
3. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis* 2. Edit. W. B. Saunders Comp. 1969.

Scanned with OKEN Scanner

4. Guillaumat L., Morax P., Offret G. : *Neuro-ophtalmologie*. Edit. Masson, Paris, 1959.
5. Saraux H., Biais B. : *Précis d'Ophtalmologie*. Masson, 1969.

AFZELI-LIPSCHUTZ (sindromul lui) (1909) : **eritemul cronic migrator.**

Sindrom descris în 1909, eritemul migrator se observă după mușcătura de căpușă (ixodes) sau alte insecte, manifestîndu-se clinic printr-un eritem important care se extinde periferic. Localizarea cea mai frecventă a eritemului este la extremități și trunchi. În unele cazuri, cu totul excepționale, se pot observa concomitent reacții meningeale și encefalitice. Nu se cunoaște cu precizie mecanismul patogenic al bolii. Cei mai mulți autori cred că sindromul ar fi favorizat și de existența în antecedentele bolnavului a unor infecții. Tratamentul constă în administrare de antihistaminice, calciu, pastă cu apă și corticosteroizi.

1. Afzeli L. : *Verhandlungen der Stockholmer Derm. Geselschaft*, 1909.
2. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. ed. V, Saunders, 1963.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La Dermatologie*. Maloine Paris, 1956.
4. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*. 1957.
5. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology* Blackwell Oxford, 1968.

AHRENS (boala lui) : **hiperlipomicronemia primitivă.**

Face parte din grupul hiperlipomicronemiilor (hipertrigliceridemiile endogene). Afecțiunea se caracterizează prin existența unei hiperlipemii importante cu ser opalescent stabil, datorit prezenței hidraților de carbon, a unei hipercolesterolemii moderate și creșterii excesive a trigliceridelor. Pe electroforeză, pre-beta-lipoproteinele formează o bandă net separată de alfa-proteine. Boala lui Ahrens reprezintă forma primitivă de hiperlipomicronemie. Ea este cauzată de un exces de transformare a zaharurilor în acizi grași. Această hiperlipomicronemie, de origine endogenă, este foarte sensibilă la tratamentul cu heparină, demonstrînd, în acest mod, că nu este determinată de un deficit de lipoproteinolipază. Boala predispune la ateromatoză.

Scanned with OKEN Scanner

1. Berge K. G., Ellefson R. D. : *The medical clinics of North America*, 1970, 54, 1029–1035.
2. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism*. Amer. J. Med., 1957, 22, 671.
3. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of metabolism*. ed. V. Saunders, 1964.
4. Lemaire A. : *La presse méd.*, 1970, 78, 1467.
5. Loeper J., Rouffy J., Loeper F. : *La presse méd.*, 1970, 78, 1219.

AHUMADO-ARGENZ-DEL CASTILLO (sindromul lui) (1953) : **sindromul amenoree-galactoree.**

Este un sindrom endocrinologic care se caracterizează prin existența unei amenoree-galactoree în afara sarcinii. În afară de existența acestei tulburări funcționale și de involuția uterină respectivă, în sindromul de mai sus, tabloul clinic se completează printr-un hirsutism, obezitate și, uneori, hipertensiune arterială. Gonadotrofinele urinare și în special FSH sînt scăzute. Se remarcă de asemenea semne de hipotiroidie și creșterea eliminărilor a 17-ketosteroizilor urinari. În 50% din cazuri, pot apărea modificări selare și chiar adenoame cromofobe.

1. Argenz J., Del Castillo E. B. : *J. Clin. Endocrin.*, 1953, 13, 179.
2. Bricaire H., Moreau L., Ellisade B., Bouveer J. M.: *Ann. Endocrin.* (Paris), 1958, 4, 719.
3. Forbes A. P., Henneman P. H., Griswold G. C., Albricht F. : *J. Clin. Endocrin.*, 1954, 14, 265.
4. Milcu Șt.: *Endocrinologie clinică*. Editura Medicală Buc., 1967.
5. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands*. Lea and Febiger, 1951.

AKUREYRI (boala lui) : **encefalita mialgică benignă ; boala de Islanda.**

Este o boală infecțioasă acută, determinată de un virus, cu apariție epidemică, mai ales vara, simulînd foarte bine poliomelita. Afectează îndeosebi adolescenții și adulții tineri. Boala se manifestă clinic prin hipertermie, curbatură, mialgii, tulburări neurovegetative, tulburări de sensibilitate, diferite pareze și chiar paralizii și tulburări psihice. Lichidul cefalorahidian este de aspect normal. Evoluția este favorabilă. Nu există tratament specific.

Scanned with OKEN Scanner

1. Grist N. R. : *Diagnostic methods in clinical virology.* Davis, 1966.
2. Hammon W. M.: *Ann. New-York Acad. Sci.* 1958, 79, 292.
3. Shinner J. J.: *Arch. Path.* 1963, 75, 309.
4. Top F. H. : *Communicale and infections diseases.* ed. 5th, 1964.

ALBERS-SCHÖNBERG (boala lui) (1905) : **osteopetroza familială ; osteoscleroza fragilă generalizată; osteoscleroza congenitală ; oasele de fildeş ; osteita condensată diseminată ; boala oaselor de marmoră ; osteopetroza.**

Este o afecţiune ereditară determinată de diminuarea resorbţiei osoase, care determină o mărire a densităţii osoase şi o tendinţă la fractură. Modificările de mai sus apar cu predilecţie la segmentele osoase cu creştere rapidă (femur, radius, segmentul superior al humerusului şi al tibiei, etc.). Pe radiografie se observă o ştergere a graniţei dintre medulară şi corticală. Din cauza insuficienţei de resorbţie a osului elaborat se produce o comprimare a măduvei osoase, care determină apariţia unei anemii mieloftizice. Tot din cauza compresiunii orificiilor de ieşire a nervilor cranieni se produce cecitate, nistagmus, ambliopie, etc. Se crede că boala se datoreşte unei hiperfuncţii a glandelor paratiroide sau unui conţinut prea mare de vitamina D, în alimente. Prognosticul este variabil după forma bolii. În formele clinice tardive, prognosticul este mai favorabil decît în cele fruste.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson, 1963.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Expan. Scient. Franc., Paris.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1967.
4. Hasenhuttl K. : *J. Bone J. Surgery,* 1952, 44 A, 359.
5. Hubault A. : *Rev. Prat.,* 1971, 21, 23.
6. Maroteaux P. : *Méd. Infant.,* 1962, 69, 365.

ALBERT (sindromul lui) (1893) : **tenosita achiliană : achilobursita ; achilodinia ; boala lui Schwiedauer.**

Descrisă în 1893 de către Albert, tenozita achiliană se caracterizează clinic prin prezenţa unei inflamaţii a tuberculului calcaneului la locul de

Scanned with OKEN Scanner

inserție a tendonului lui Achille, impotența funcțională și dureri mari. În ceea ce privește etiologia bolii, se pare că cea mai frecventă cauză ar fi traumatismele mecanice. S-au observat de asemenea îmbolnăviri și după infecțiile gonoreice, tuberculoză și chiar după infecții acute banale. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul constă din fizioterapie, antiinflamatorii, griseofulvina, etc.

1. Albert E.: *La presse med.*, 1893, 3, 43.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949. Paris.
4. Quervain F. De: *Spezielle chirurgische Diagnostic.* Berlin, 1931.

ALBRIGHT (sindromul lui): **pseudo-hipoparatiroidia; sindromul Albright-Martin.**

Sindrom rar, descris în 1942 de Albright, această afecțiune simulează foarte bine cu hipoparatiroidia. Are etiologie necunoscută. Este congenitală și deseori familială. Se crede c-ar fi determinată de o stare refractară a țesuturilor față de hormonul paratiroidian. Din punct de vedere clinic, boala se caracterizează prin deficit statural, constituție picnică, facies rotund și plin, metacarpiene și metatarsiene scurte, pahidermie, debilitate, hipocalcemie persistentă, hiperfosfatemie și fosfataza alcalină normală. Bolnavii prezintă crize convulsive de tip tetanic. Din punct de vedere histopatologic, paratiroidele sînt normale sau hiperplazice. Se observă deseori de asemenea calcificări cerebrale și subcutanate și cataractă. Tratamentul constă din administrare de vitamină D și de calciu.

1. De Gennes L.: *Maladies des glandes endocrines.* Flammarion, Paris, 1949.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura medicală București, 1965.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Edit. Masson, 1963.
4. Klotz H. P.: *Les déséquilibres endocriniens.* Expan. Scient. Franc. Paris 1966.
5. Soffer L.: *Diseases of the endocrine glands.* Lea and Febiger, 1951.

ALBRIGHT (sindromul lui): **acidoza tubulară; sindromul Lightwood-Butler-Albright.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune determinată esențialmente de acidoză intermediară și de pierdere renală de calciu. Din punct de vedere patogenetic ar fi vorba de o incapacitate a tubului distal de a excreta echivalenții acizi. Acest fapt duce la pierderea bazelor organice și la cloracidoză, adică la concentrații scăzute de Na și de bicarbonat și la concentrații crescute de clor plasmatic. Hipokaliemia care poate întovărăși tulburările de mai sus duce la o adinamie musculară foarte pronunțată. Cele mai importante simptome sînt determinate de depunerea de calciu în piramidele medulare renale (nefrocalcinoză) și formarea de calculi în căile urinare (nefrolitiază). Din cauza pierderii de calciu prin urină și a acidozei intermediare, apar modificări osoase (hiperparatiroidism secundar sau rahitism). Boala poate apărea primar sau secundar (după o pielonefrită cronică). Regimul alcalinizant și medicația cu citrat de sodiu și de potasiu, duce la ameliorarea simptomatologiei clinice și umorale a bolii.

1. Albright F., Burnett C. H., Parson W. : *Medicine*, 1946, 25, 399.
2. Doxiadis S. A. : *Arch. Dis. Child*, 1952, 27, 409.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, edit. Medicală București, 1965.
4. Lundbaek K. : *Lancet*, 1951, II, 419.
5. Hutchinson J. H., McDonald A. M. : *Acta paediatr.*, 1951, 40, 371.
6. Seringe P. : *Sem. hôp.* Paris, 1957, 33, 1 082.
7. Reubi F. : *Néphrologie clinique*. Masson Paris, 1961.

ALBRIGHT (sindromul lui) : **hipercalciuria idiopatică ; sindromul Albright-Bantum.**

Hipercalciuria idiopatică, sau diabetul calcic, se întîlnește la sugari și la copii mai mari, manifestîndu-se în afară de o eliminare crescută de calciu prin urină și de o proteinurie și o nefrolitiază. La acești indivizi, valorile plasmatice ale calciului sînt normale. Boala este determinată din punct de vedere patogenetic de o deficiență tubulară care interesează electiv reabsorbția de calciu. Prognosticul este relativ bun. Intensa calciurie a acestor bolnavi poate fi micșorată prin administrare intermitentă de hidroclortiazide.

1. Albright F., Reifenstein E. C. : *Parathyroid glands and metabolic bone diseases*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1948.

Scanned with OKEN Scanner

2. Allen A. C. : *The kidney*. Grune and Stratton, New-York, 1951.
3. Dent C. E., Flynn F. V., Naborro J. D. N. : *Brit. Med. J.*, 1953, II, 808.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală Bucureşti, 1965.
5. Reubi F. : *Néphrologie clinique*. Edit. Masson, Paris, 1961.

ALBRIGHT (sindromul lui) (1946) : **osteodistrofia ereditară Albright ; sindromul osteo-cutaneo-endocrinian.**

Este o tubulodisplazie pseudoendocrinopatică, rară, întîlnită mai ales în copilărie, cu caracter familial, determinată de o lipsă de receptivitate tubulară la parathormon. Clinic, boala se manifestă prin crize de tetanie, dureri osteoarticulare, astenie, semnul lui Chwostek pozitiv, distrofii dentare, cataractă şi calcificări musculare şi craniene. Indivizii cu această afecţiune mai prezintă de asemenea nanism, bradidactilie, pahidermie, oligofrenie şi obezitate. Biologic : hipocalcemie cronică cu hiperfosfatemie ; în urină, hipocalciurie. Evoluţia este lentă, prin pusee succesive. Leziunile se stabilizează în jurul vîrstei adulte, însă nu se vindecă niciodată. În ceea ce priveşte etiopatogenia, s-au emis mai multe ipoteze : unii cred c-ar fi o formă clinică de granulomatoză lipoidică a oaselor (Snapper), alţii afirmă c-ar fi o formă specială a discondroplaziei lui Ollier (Tavernier) sau, chiar o localizare centro-osoasă a neurofibromatozei (Ratishauser). Boala nu are tratament specific.

1. Albright F., Burnett C. H., Parson W. : *Medicine*, 1946, 25, 399.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Masson et C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Prader A. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1953, 186.
4. Richet G., Ardaillou R. : *Rev. Prat.*, 1957, 7, 621.

ALBRIGHT (boala sau sindromul lui) : **displazia fibroasă polichistică ; sindromul Albright-McCune-Sternberg ; osteita fibroasă chistică diseminată.**

Este o boală de origine necunoscută, care se manifestă printr-o osteită fibroasă diseminată, o pigmentaţie în arii şi tulburări endocrine. Simptomatologia clinică este reprezentată de o osteită fibroasă cu distribuţie segmentară, leziuni cra-

niene, pete pigmentare cutanate de culoare galbenă sau brună, care urmează distribuția anomaliilor osoase și pubertate precoce. Leziunile de displazie osoasă se caracterizează prin existența unor mase fibroase și elastice de culoare cenușie, care cresc lent dezvoltîndu-se sub forma unor tumori benigne ce se întovărășesc de o resorbție importantă peritumorală și subperiostică. Prognosticul este în general favorabil. Leziunile osoase evoluează foarte lent și nu degenerează. Nu are tratament.

1. Albright F. : *J. Clin. Endocrinol.*, 1947, 7, 307.
2. Albright F., Haupton A. O., Butler A. M., Smith P. N. : *Engl. J. Med.* 1937, 727.
3. Boissière H. : *Conc. Méd.*, 1969, 91, 6 341.
4. Louyot P. : *Rev. Prat.* 1971, XXI, 23, 3 401.

ALBRIGHT-MCCUNE-STERNBERG (sindromul lui) : **osteita fibroasă chistică ; osteita fibroasă osteoplastică ; sindromul Albright (vezi).**

ALDER (sindromul lui) : **sindromul granulațiilor azurofile grosolane.**

Este un sindrom hematologic caracterizat printr-o anomalie constituțională a granulațiilor leucocitare, care constă în prezența, în locul granulațiilor leucocitare specifice (eozino, azuro sau bazofile) de granulații azurofile grosolane. Acestea se aseamănă foarte mult cu granulațiile lui Reilly din gargoilism. Se crede că această anomalie hematologică ar fi datorită unei tulburări în metabolismul proteinelor și al polizaharidelor.

1. Cartwright G. E. : *Diagnostic Laboratory Hematology*, ed. III, Grune and Stratton, 1964.
2. DeGruchy G. C. : *Clinical Hematology in medical practice.*, 2nd ed. Blackwell, 1964.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson, Paris, 1963.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Ed. Vth, Lea and Febiger, 1961.

ALDRICH (sindromul lui) (1954) : **sindromul Aldrich-Wiscott ; trombopenia pură.**

Face parte din grupul trombopeniilor pure prin tulburări de producere. Boala are caracter recesiv, legat de sex, neatingînd decît băieții. Sindromul asociază alături de o trombopenie constantă și importantă, o eczemă și o sensibi-

litate deosebită a individului respectiv la infecții. Plachetele sînt, din punct de vedere morfologic, normale. Megacariocitele sînt în număr normal sau micșorat. Durata vieții plachetelor străine este normală. Evoluția unui asemenea sindrom este gravă și decesul survine de obicei înainte de vîrsta de 2 ani. Din punct de vedere clinic, sindromul se prezintă ca o adevărată pancitopenie, la care se asociază diaree și infecții (îndeosebi otită medie). Mecanismul intim al bolii constă dintr-o producere ineficientă de plachete sanguine. Nu are tratament.

1. Bauters F. : *Lille méd.*, 1972, t. XVII, numéro special.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis.* 2.W.B. Saunders, Philad., 1969.
3. Delobel J. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 458.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
5. Lozner E. L. : *Bull. New-York Acad. Sci. Med.*, 1954, 30, 184.

ALEP (boala de) : **leishmanioza cutanată ; boala de Bagdad ; buba de Orient.**

Este o boală tropicală care se manifestă sub formă de papule roșietice care se transformă în noduli și mai apoi într-un ulcer nedureros. După o evoluție de un an, ulcerul dispare rămînînd în locul lui o cicatrice stelară. Apariția bolii este sezonieră și depinde de prezența unor vectori, de pildă, țînțarii (flebotomii). Afecțiunea are aceeași evoluție ca și sifilisul. Perioada primară durează de la o lună pînă la un an. Dacă în această perioadă leishmaniozele se răspîndesc pe cale sanguină sau limfatică, bolnavul intră în perioada secundară, manifestată prin noi elemente cutanate, în care se găsește agentul patogen. Perioada terțiară urmează ulterior manifestîndu-se sub diferite forme de noduli și nodozități în piele. De această dată, la acest nivel, nu mai pot fi izolate leishmaniozele. Tratamentul bolii se face cu mult succes prin administrare de atebrină.

1. Dutz H. : *Differential Diagnose innerer Krankheiten.* G. Thieme Teil II, p. 662, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
3. Manson-Bahr P.E.C. : *J. Trop. Med.*, 1964, 67, 85.
4. Nauck E. G. : *Lehrbuch der Tropenkrankheiten.* G. Thieme, Stutgart, 1962.

ALEP (boala de) : **pustula de Alep ; boala lui Alibert** (vezi).

ALEXANDER-GOLDSTEIN (sindromul lui) : **hemofilohemogenia ; boala lui P. E. Weill.**

Este o maladie cu caracter familial, care asociază un timp de sîngerare prelungit cu un deficit al factorului plasmatic protrombo-plastic A. Înainte vreme, acest sindrom era integrat în sindromul lui Willebrand. Grație tehnicilor noi și îndeosebi a testului de consumare al protrombinei și a testului de tromboplastinoformare al lui Biggs și Douglas, s-a putut separa ca entitate nosologică aparte și această afecțiune. Fără a se elimina complet existența unei forme dominante, se pare că boala se transmite de obicei cu un caracter recesiv nelegat de sex. Splenectomia este ineficace. Corticoterapia poate în unele cazuri, realiza rezultate trecătoare.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson edit. Paris, 1962.
2. Gaston L. W. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 236.
3. Ratnoff O. D. : *Arch. Int. Med.*, 1963, 112, 92.
4. Ratnoff O. D. : *The blood clotting mechanism and its disorders.* Disease-a-Month. nov. 1965.
5. Spurling C. L., Sacks M. S. : *New England J. Med.* 1959, 261, 311.

ALEXANDER (boala lui) : **leucodistrofia lui Alexander.**

Este o formă clinică de leucodistrofie în care atingerea mielinică se asociază cu o acumulare densă de corpi „vermiformi", care nu sînt altceva decît prelungiri gliale modificate.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd edit., Hoeber 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd edit. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson et C-ie, Paris, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology.* 3rd edit. Lea and Febiger 1963.

ALIBERT (boala lui) : **pustula de Alep ; leishmanioza tropicală ; abcesul oriental ; ulcerul Kandahar ; butonul Biskra.**

Face parte dintr-un grup de maladii infecţioase determinate de protozoarele din specia Leishmania. Paraziţii se localizează mai ales pe sistemul reticulo-endotelial al splinei determinînd proliferarea kupferiană, atrofie parenchimatoasă, hipertrofie şi ciroză. În grupul leishmaniozelor se descriu mai multe forme : Kala-azar (leishmanioza donovani), Kala-azar infantil (leishmania infantum), butonul de Orient (leishmania tropica), Espundia (leishmania brasiliensis). Tabloul clinic este, în general, asemănător în toate formele, cu unele mici deosebiri, după etiologie. În cazurile netratate prognosticul este infaust. În cele tratate, se obţine o vindecare în 90% din cazuri.

1. Dutz H. : *Diagnose und Diferentialdiagnose innerer Krankheiten.* Teil II, VEB G. Fisher Jena, 1969.
2. Jopling W. A. : *Differentialdiagnostik fur Tropenärzte.* Staufen-Verlag, Kamp-Lintfort, 1960.
3. Nauck E. G. : *Lehrbuch der Tropenkrankheiten.* G. Thieme, Stuttgart.

ALIBERT (boala lui) : **tinea amiantacea ; falsa tinea amiantaceea.**

Este o afecţiune dermatologică de cauză necunoscută, care se manifestă clinic prin aglomerarea de scuame cenuşii grave, asemănătoare azbestului, pe pielea păroasă a capului. Aceste scuame nu produc atrofii sau formaţii cheloide ale tegumentelor şi nu produc nici un fel de modificări ale părului.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* edit. Saunders, 1963.
2. Bernhardt R. : *Now. Lek.,* 1935, 815.
3. Lutz W. :*Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.,* edit. XI, Mosby, 1956.

ALIBERT (boala lui) (1816) : **cheloidul cicatricial.**

Denumire foarte veche care nu se mai utilizează astăzi în dermatologie sub acest termen.

Scanned with OKEN Scanner

ALIBERT-BAZIN (boala lui) : **granulomul fungoid ; micozisul fungoid.**

Boala face parte din grupul micozelor fungoide, interesînd în special sistemul reticulo-endotelial al pielii, ganglionilor limfatici şi al viscerelor. Debutează ca o dermatoză atipică cu prurit şi plăci fungoide. Ganglionii limfatici şi alte organe sînt infiltrate secundar cu noduli ce au tendinţa la necroză şi ulceraţie. Pe lîngă aceste tulburări se mai observă deformaţii ale unghiilor, căderea părului, adenopatii nesupurative şi nedureroase, etc. Boala evoluează spre generalizare şi moarte. Din punct de vedere histopatologic, nodulii prezintă o proliferare celulară reticulo-endotelială, eozinofile şi limfoblaşti. Nu are tratament specific.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson et C-ie, 1963.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
3. Wilson J. W. : *Clinical and immunologic aspects of fungous diseases.* Thomas, 1957.
4. Wilson J. W., Plunkett A. : *The fungous diseases of man.* Univ. of California, 1965.

ALLAN (sindromul lui) : **aciduria argininosuccinică.**

Sindrom descris în 1958 şi caracterizat prin întîrziere mintală şi prezenţa unui aminoacid anormal în urină : acidul argininsuccinic. Acumularea excesivă a acestei substanţe conduce la apariţia unor leziuni cerebrale difuze, manifestate clinic prin crize epileptice şi întîrziere mintală. Prezenţa şi în sînge a acidului argininsuccinic, sugerează că boala rezultă din absenţa enzimei de scindare în etapa a III-a a ciclului lui Krebs-Henseleit. Nu s-a putut dovedi caracterul ereditar al bolii.

1. Allan J. D., Cusworth D. C., Dent C.E., Wilson V.K. : *Lancet,* 1958, 1, 182.
2. Dent C.E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Am. J. Med. 1957, 22, 671.
3. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală Bucureşti, 1966.
4. Efron M. L. : *New England J. Med.,* 1965, 272, 1 058.
5. Efron M. L. : *New England J. Med.,* 1965, 272, 1 107.
6. Westall R. G. : *Biochem. J.,* 1960, 77, 135.

Scanned with OKEN Scanner

ALPORT (sindromul lui) : **nefrita hemoragică familială şi ereditară cu surditate.**

Descris în 1927 ; este o nefropatie familială care asociază pe lîngă suferinţa renală o surzenie senso-neurală şi deseori şi atingere oculară. Simptomele cardinale ale acestei boli sînt : hematurie episodică ce apare în copilărie, insuficienţă renală progresivă şi tulburări oculare. În acest sindrom nu apare niciodată hiperuricemie şi gută. Leziunile histopatologice renale variază, prezentîndu-se fie sub aspectul unei pielonefrite, fie sub aspectul unei glomerulonefrite. Aceste din urmă leziuni se pot asocia cu cele interstiţiale. Frecvenţa „foam cells" este specifică acestei nefropatii, însă ea nu constituie totdeauna un simptom patognomonic al bolii. Evoluţia este lentă şi nefavorabilă. Nu are tratament.

1. Alport A. C. : *Brit. Med. J.*, 1927, 1, 504–506.
2. Grace S. G., Suki W. N., Pjint H. J., Eknoyau G., Martinez Maldonado M. : *Arch. Intern. Med.*, 1970, 125, 451.
3. Perkoff G. T. : *New England J. Med.*, 1967, 277, 129.
4. Reubi F. : *Néphrologie clinique.* Masson et C-ie, Paris, 1961.
5. Spear G. S., Ilusser R. J. : *Am. J. Path.*, 1972, 69, 213.

ALSBERG (boala lui) : **o formă clinică a bolii lui Recklinghausen.**

Hiperparatiroidia primitivă, boala osoasă a lui Recklinghausen sau osteita fibrochistică generalizată, este o tulburare a metabolismului calciului şi fosforului, întovărăşită de o demineralizare osoasă. Afecţiunea este cauzată de un exces de secreţie de hormon paratiroidian. Boala lui Alsberg este o formă clinică a osteitei fibrochistice a lui Recklinghausen, extrem de rar întîlnită. Se manifestă printr-o stare de şoc, insuficienţă renală, vărsături, diaree şi hemoragii digestive. Din punct de vedere biologic, afecţiunea prezintă : hipercalcemie, hipofosforemie, creşterea rezervei alcaline şi hipercalciurie. Prognosticul bolii depinde de precocitatea diagnosticului şi a tratamentului. Leziunile renale fiind mai totdeauna foarte accentuate şi ireversibile, prognosticul nu poate fi decît numai în cazuri excep-

Scanned with OKEN Scanner

ționale favorabil. Evoluția relativ rapidă și progresivă duce de cele mai multe ori la decesul bolnavului. Tratamentul constă din ablația chirurgicală a tumorii.

1. Cosăcescu A. : *Tumori și distrofii osoase.* Edit. Welther Sibiu, 1941.
2. De Gracianski P., Timsit E. : *Rev. Prat.*, 1970, XX, 4 365.
3. De Recondo J. : *Rev. Prat.*, 1970, XX, 4 385.
4. Emerit I. : *Vie méd.*, 1973, 1, 21.
5. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală București, 1965.

ALZHEIMER (boala lui) (1906) : **demența senilă precoce cu atrofie cerebrală.**

Este o varietate de demență senilă care survine de obicei precoce, la vîrsta de 40—60 ani și se caracterizează clinic prin tulburări mintale cu apraxie și greutate în vorbire, iar histopatologic, printr-o degenerare și atrofie difuză a țesutului cerebral. La examenul microscopic se observă o atrofie a neuronilor și o proliferare astrocitară. Plăcile senile sînt constituite din depozite amorfe argirofile. Tabloul clinic se manifestă prin tulburări de memorie cu confabulare, tulburări de langaj (afazie, parafazie, apraxie), dezorientare și apoi demență totală. Boala evoluează timp de 4—10 ani. Individul cu această afecțiune moare în urma unei afecțiuni intercurente.

1. Beretta A. : *Malattie delle arterie.* Edit. Minerva Medica, Torino, 1958.
2. Degorne J. : *Rev. Prat.*, 1962, 12,5.
3. Dușenko S. D. : *Jurnal Nevropat. Psih. S. S. Korsakov*, 1972, 7, 1 029.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson et C-ie Paris, 1963.
5. Hollenhorst S. : *Trans. Amer. Ac. Ophtal. Otolaryng.*, 1962, 66, 166.
6. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et syndromes à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

AMBOINE (boala) : **febra de Amboine ; boala lui Carrion ; veruga de Peru ; pian hemoragic ; febra de Oroya ; febra de Guaitara ; boala Carrion** (vezi).

Scanned with OKEN Scanner

AMEUILLE-LEJARS (sindromul lui) (1932) : **infiltratele pulmonare labile ; sindromul lui Bernard-Lapresle (sindromul pneumo-limfocitar) ; sindromul lui Loeffler (infiltratele pulmonare labile pasagere cu eosinofilie sanguină, 1934 (vezi).**

AMEUILLE-LEMOINE (sindromul lui) : **sindromul de traheo-bronşită cronică.**

Sub această denumire se înţelege un grup de sindroame traheobronşice cronice, în care intră desigur şi toate bronşitele cronice, consecutive unor leziuni ale mucoasei nazale. Din punct de vedere patogenetic, n-ar fi vorba decît de o serie de reflexe cu punct de plecare rinofaringian, care ar declanşa automat o hipersecreţie bronşică. Pe această hipersecreţie bronşică s-ar grefa tot felul de suprainfecţii microbiene. Din punct de vedere clinic, boala se prezintă ca o bronşită cronică, cu o evoluţie îndelungată. Tratamentul este foarte dificil depinzînd mult de influenţarea reactivităţii organismului. Se administrează : antibiotice, antihistaminice, fluidifiante ale secreţiei bronşice şi vitaminoterapie.

1. Chodosh S., Segal M. S. : *New Engl. J. Med.*, 1964, 27, 894.
2. Fletcher C. M. : *Dis. Chest*, 1963, 44, 1–10.
3. Fletcher C. M. : *Am. Rev. Resp. Dis.*, 1959, 80, 483.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et symptoms à noms propres.* Edit. Delalande-Courbevoie, 1963.
5. Norman P. S. şi colab. : *JAMA*, 1962, 179, 833.

ANDERS (boala lui) : **adiposis tuberosis simplex.**

Este o lipomatoză nodulară circumscrisă, care se manifestă prin existenţa pe tegumente a unor formaţiuni nodulare diseminate. Acestea sînt foarte sensibile la palpare şi dureroase spontan şi la apăsare. Boala se însoţeşte de asemenea de o astenie marcată şi de diferite tulburări nervoase.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Edit. Maloine, 1956.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et syndromes à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell Oxford, 1968.

ANDERSEN (boala lui) (1952) : **glicogenoza tip rar IV.**

Este o anomalie enzimatică care constă dintr-o diminuare a activității enzimei ramificante, amilo-(1-4, 1-6)transglicoxidaza. Așadar, blocul enzimatic se află în sfera sintezei glicogenului. Din această cauză, apare o variantă de glicogen greu solubilă asemănătoare amilopectinei, care acționează ca un corp străin la nivelul ficatului, determinînd apariția unei ciroze, cu ascită, icter, disproteinemie. Evoluția bolii este rapid mortală. Se constată o hipoglicemie cu răspuns slab la administrarea de adrenalină. Este o afecțiune extrem de rară. Se crede că este o boală ereditară cu caracter recesiv. Nu are tratament.

1. Andersen D. H. : *Lab. Invest.*, 1956, 5, 11.
2. Berger B., Berger E. : *Presse med.*, 1949, 77, 39, 1 349.
3. Cori G. T. : *Harvey Lect.*, 1950–1953, 48, 145.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală București, 1965.
5. Fontaine G. : *Actualités métaboliques en pédiatrie.* 3-e série. Doin Edit. 1969, 1 vol.
6. François R., Jarlot B., Hermie R., Ruiton-Uglenko A., Lestradet H., Dechamps J. : *Sem. Hôp.*, Paris, 1964, 40, 1 049.
7. Gajdos A. : *Presse med.*, 1967, 18, 907.
8. Gajdos E., Lestradet H. : *Enzymopathies.* Fasc. III. Masson edit. Paris, 1971.
9. Lestradet H. : *Vie méd.*, 1973, 1, 51.

ANDERSEN-NOVY (sindromul lui) : **defectul congenital al pielii capului.**

Este un sindrom caracterizat prin existența pe pielea capului de zone atrofice de dimensiuni variate (1 mm — 1 cm), asemănătoare cicatricelor, cu contur circular sau neregulat. Aceste zone sînt lipsite de păr. Boala apare la noul născut, putîndu-se întovărăși cu alte defecte de dezvoltare. Copiii cu această afecțiune pot muri din cauza unor complicații meningeale, care însoțesc de multe ori boala.

1. Andersen P., Novy F. S. : *Arch. Derm. Syph.* (Chic.), 1943, 46, 257.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, 1956, Maloine edit.

Scanned with OKEN Scanner

3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală Buc., 1967.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.
5. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, 1955, edit. Masson C-ie.

ANDOGSKY (sindromul lui) (1914) : **cataracta dermatogenă.**

Este un sindrom descris în 1914, care constă din asocierea unei cataracte cu diferite tulburări cutanate ca neurodermită, ichtioză, prurigo, etc. Boala se deosebește de sindromul Werner (progeria, degenerescența genito-sclerodermică) din cauza absenței tulburărilor endocrine.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Jablonska S., Segal P., Lukasiak B. : *Przegl. Derm. Wener.*, 1958, 8, 3, 277.
3. Kuklin W. T., Nadeljajewa W. M. : *Vestnik dermatologhii i venerologhii*, 1972, caietul 2, p. 77.

ANDRÉ THOMAS (boala lui) : **atrofia cerebeloasă lamelară.**

Atrofia cerebeloasă dobîndită de tip André Thomas este o afecțiune ce apare între vîrsta de 40—60 ani, nu are caracter familial și are o evoluție lent progresivă. Din punct de vedere histopatologic, boala se caracterizează printr-o dispariție a celulelor lui Purkinje, care sînt înlocuite printr-o rețea deasă nevroglică incompletă. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă printr-un mers cerebelos tipic, în care lipsește semnul lui Romberg. Membrele superioare sînt intacte din punct de vedere funcțional și nu prezintă tulburări de mobilitate, de sensibilitate sau ataxie. În unele cazuri se observă tulburări cerebeloase și la membrele superioare.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie* Masson Paris, 1971.
4. Kreindler A. și colab. : *Neurologia*, vol. II. Edit. Medicală București, 1957.

ANDRÉ-THOMAS (sindromul lui) : **Lucie Frey-André Thomas (vezi).**

Scanned with OKEN Scanner

ANDREWS (boala lui) : **pustuloza palmară și plantară.**

Este o dermatoză determinată de infecții de focar localizate la degetele mîinilor și picioarelor, mai ales în vecinătatea unghiilor. Se manifestă prin pustule superficiale mici, care produc ulterior, prin unire, ulcerații purulente și zemuinde. Evoluția bolii este benignă. Este o afecțiune care este foarte puțin influențată de tratament.

1. Andrews G. C., Machaczek G. F. : *Arch. Dermat. Syph.*, 1935, 32, 837.
2. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a Saunders, 1963.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell Oxford, 1968.

ANTONIO-PERAGNOLI (sindromul lui) : **ciroza hiperprotidemică a bărbatului.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul cirozelor disglobulinemice, ce se caracterizează printr-o ciroză hiperprotidemică. Ea apare numai la bărbat. Etiologia este necunoscută. Evoluția mai îndelungată decît în celelalte ciroze. Nu are tratament specific.

1. Filoche B. : *Les cirrhoses dysglobulinémiques* (à propos de six observations), *Thèse Médecine*, Lille, 1969.
2. Guillen P., Burtin P. : *Conc. Méd.*, 1969, 91, 8 123.
3. Paris J., Gerard A., Paris J. Cl. : *Lille méd.* 1969, 14, 9, 974.

ANTON-BABINSKI (sindromul lui) : **sindromul lobului parietal drept.**

Este un sindrom neurologic care este determinat de leziunile cerebrale de la nivelul lobului parietal drept. Se manifestă clinic printr-o pierdere a cunoștinței jumătății corpului (somatognozie), absența cunoașterii (anosognozie) sau indiferența față de realitate (anazodiaforia).

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd edit. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd edit. Oxford, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris 1963.
5. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.

APERT (boala lui) (1906) : **boala lui van der Hoeve ; omul de sticlă ; acrocefalosindactilia ; oxicefalie-sindactilie.**

Este o formă de osteopsatiroză, la care, pe lîngă osteogeneza imperfectă care după cum se știe determină o fragilitate excesivă a oaselor, se mai asociază o surditate prin osteoscleroză și diferite malformații (displazie dentară, arachnodactilie, sindactilie, etc.). Bolnavii cu această afecțiune prezintă întîrziere în dezvoltarea psihosomatică. Boala este congenitală. Nu are tratament specific.

1. Apert E. : *Soc. Méd. Gaz. Hop.*, 1906, 1 759.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson, 1963, Paris.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson, 1969.
5. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, Masson C-ie, 1955.

APERT (sindromul lui) (1889) : **deformația toracică congenitală parasternală.**

Este o boală ereditară și familială care se caracterizează clinic printr-o deformație toracică congenitală parasternală. La ascultația cordului, se percepe un suflu sistolic în focarul arterei pulmonare. Bolnavii nu prezintă cianoză. Evoluția relativ lungă. Nu are tratament.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. fr. Paris, 1966.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* Paris, 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic,* Berlin, 1931.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

APERT-CROUZON (boala lui) : **acrocefalosindactilia. Sindromul lui Apert și sindromul lui Crou-**

Scanned with OKEN Scanner

zon fac parte din aceeași entitate nosologică: boala lui Apert-Crouzon. Sindromul lui Crouzon reprezintă forma tipică și se caracterizează prin deformații craniene, tulburări oculare (hipertelorism, exoftalmie și nevrită optică), atrofia maxilarului superior și tulburări auriculare. Sindromul lui Apert este forma completă a bolii, la care pe lîngă simptomele de mai sus, se asociază variate deformații ale extremităților (sindactilie). Cîteodată se mai pot observa de asemenea și anomalii ale sistemului nervos (hidrocefalie, siringomielie), anomalii osoase, dentare și tulburări mintale. Boala se transmite regulat după schema mendeliană în felul unei gene autosomice dominante cu penetrație neregulată.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie,* edit. Medicală București, 1965.
3. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expan. Scient. franc., Paris, 1966.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, 1955, Masson C-ie.

APERT-CUSHING (sindromul lui) (1910—1932): **disfuncția primitivă a suprarenalelor și a hipofizei.**

Este un sindrom endocrinologic complex care se caracterizează printr-o disfuncție primitivă a glandelor suprarenale (Apert) și o disfuncție primară a hipofizei. Din punct de vedere clinic, bolnavii cu această afecțiune prezintă o pilozitate foarte accentuată, hiperdezvoltare sexuală și obezitate. Prognosticul relativ bun. Evoluția îndelungată.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Flammarion, Paris, 1949.
2. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Exp. Scient. Franc. Paris, 1966.
3. Wilkins L. : *The diagnosis and treatement of endocrine disorders in childhood and adolescence.* Springfield, 1950, Thomas edit.

APERT-GALLAIS (sindromul lui) (1910—1912): **sindromul genito-suprarenal; marele virilism; sindromul lui Apert-Crooke.**

Acest sindrom se întîlnește de obicei în tumorile glandei suprarenale. El se manifestă mai ales printr-un hirsutism foarte accentuat, care

se dezvoltă la nivelul feței, a membrelor și abdomenului. Se notează mai totdeauna și existența unei amenorei. Pe lîngă aceste tulburări se mai observă : o dezvoltare exagerată a musculaturii, voce joasă și hipertrofia clitorisului. Nu se întîlnește, din contra, nici un fel de simptom dismetabolic cum ar fi obezitate, hipertensiune arterială, atrofie musculară și nici un semn de hipercatabolism. Valoarea 17-ketosteroizilor este de obicei crescută. Acest sindrom se deosebește de acel descris de Cushing, care, după cum se știe, se întovărășește de numeroase simptome dismetabolice, clinice și biologice. În afară de cancer, acest sindrom mai poate fi întîlnit și în hiperplaziile congenitale ale glandelor suprarenale. În această eventualitate, boala își face apariția de la o vîrstă foarte tînără.

1. Apert E. : *Bull. Méd.*, Paris, 1910, 24, 1 161.
2. Graef I., Bunim J. J., Rottine A. : *Arch. Int. Med.*, 1936, 57, 1 085.
3. Hartmann S. : *Hirsuttisme d'Apert et maladie de Cushing*. Thèse Paris, 1943.
4. Rambert P. : Sem. *Hôp., Paris*, 1950, 26, 1 592.

APERT-PARK-POWERS (sindromul lui) : **acroencefalosindactilia ; sindromul lui Apert-Crouzon** (vezi).

Este o boală malformativă a craniului caracterizată prin dezvoltarea în înălțime și aplatizarea laterală. Afecțiunea se datorește unor sinostoze precoce a suturilor sagitale și coronare de cauză necunoscută. Deformațiile de mai sus se însoțesc și de sindactilie. Evoluția foarte lentă, definitivă. Prognostic relativ bun. Nu are tratament.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*, Masson-Cie, Paris, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală București, 1967.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Masson C-ie, 1963.
4. Fauré C. : *Maladies asseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Scien. franc., 1966, Paris.
5. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

APITZ (boala lui) : **osteoscleroza tubulară.**

Este o maladie osteo-articulară caracterizată printr-o osteoză condensantă vertebrală. Din punct de vedere radiologic, boala se prezintă sub aspectul unor condensări difuze la nivelul corpurilor vertebrale. Din punct de vedere clinic, afecțiunea se manifestă prin dureri lombare, impotență funcțională limitată a coloanei dorso-lombare, astenie, etc. Evoluție relativ bună. Tratamentul constă din gimnastică medicală, fizioterapie, antiinflamatorii.

1. Fauré C. : *Rev. Rhumatisme*, 1965, 32, 683.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. franc., 1966, Paris.
3. Louyot P. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 23, 3 401.
4. Maroteaux P. : *Med. Inf.*, 1962, 69, 365.

ARAN (boala lui) (1844) : **cancerul verde al lui Aran ; cloroleucoza.**

Este o varietate foarte rară de leucemie acută, întîlnită mai frecvent la copii între vîrsta de 2—7 ani și caracterizată prin existența unor tumori de culoare verde, diseminate în diferite organe și țesuturi. În sînge se observă prezența elementelor leucemice. Tabloul clinic se manifestă sub aspectul unei leucemii acute la care se adaugă niște tumorete care proemină în regiunea organelor atinse. Din cauza compresiunilor exercitate de aceste tumorete pe trunchiurile nervoase, aceste tumori produc dureri, care nu pot fi decît foarte dificil de tratat. Prognosticul este ca și acela din leucozele acute.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie.* G. Thieme Stuttgart, 1961.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

ARAN-DUCHENNE (boala lui) (1849) : **atrofia musculară progresivă ; atrofia musculară progresivă spinală ; amiotrofia primitivă progresivă.**

Afecțiune descrisă în anul 1849, ea este mai frecventă la sexul masculin și debutează la vîrsta de 25—30 ani. Este determinată de o degeneres-

Scanned with OKEN Scanner

cență a celulelor motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării. Tabloul clinic se caracterizează printr-o atrofie a mușchilor mîinii, umărului, mono sau bilateral. Etiologia bolii este necunoscută, uneori se poate incrimina factorul ereditar. Evoluția este lentă, deseori afecțiunea durînd peste 20 ani. Se citează și remisii spontane. Moartea se produce în urma afectării mușchilor respiratori sau a nervilor bulbari.

1. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Edit. Masson, Paris, 1963.
2. Engel W. K.: *Neurology*, 1962, 12, 778.
3. Barrows H. S.: *G. P.*, 1964, 29, 146.
4. Walton J. N.: *Abstr. World Med.*, 1966, 40, 1–12.
5. Wilson S.A.K.: *Neurology* 2nd edit. Williams and Wilkins, 1955.

ARAN-DUCHENNE (sindromul lui): **paralizia radiculară inferioară tip Aran-Duchenne.**

Este o afecțiune neurologică determinată de leziunea rețelei acromiale de la nivelul C_8 și D_1, ce se manifestă clinic printr-o paralizie periferică a nervului radial cu atrofia grupei musculare extensoare a antebrațului și hiperestezia zonei corespunzătoare inervației nervului radial.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd edit. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd edit. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală București, 1957.

ARBACH-WIETHE (boala lui): **hialinoza cutaneo-mucoasă.**

Este o boală caracterizată printr-o infiltrație a tegumentelor și mucoaselor cu depozite extracelulare de lipoide din grupul fosfatidelor (a lecitinei) legate de substanțe proteice. Boala este ereditară. Din punct de vedere clinic se disting două forme: nodulară și hiperkeratozică. Debutul se manifestă în copilărie prin disfonie, iar leziunile cutanate se instalează după trei ani de la aceasta, localizîndu-se la față, pielea capului, genunchi, coate și degete. Lezionările mucoasei se produc la nivelul cavității bucale și a faringe-

Scanned with OKEN Scanner

lui. Mai rar se observă atingeri ale mucoasei rectale și genitale, anomalii dentare (aplazia incisivilor laterali) și hipertrofia dureroasă și recidivantă a parotidelor. Histologic, leziunea inițială se datorește unei perturbări în metabolismul fibrelor elastice și ale colagenului de unde și termenul dat bolii de hialinoză cutaneo-mucoasă, în loc de lipido-proteinoză, întrebuințat mai înainte.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Am. J. Med., 1957, 22, 671.
3. Duncan G. G. : *Diseases of metabolism,* Edit. V-a, Saunders, 1964.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* edit. XI, Mosby, 1956.

ARBO (boală) : **boala prin virusul ARBO ; febra de Omsk (vezi).**

ARDMORE (boala din) : **mononucleoza infecțioasă cu hepatită epidemică fără icter.**

Boala din Ardmore (oraș din Oklahoma — U.S.A.) este o formă de mononucleoză infecțioasă, care asociază concomitent și o hepatită epidemică fără icter. În afară de simptomatologia specifică mononucleozei infecțioase (tablou clinic caracterizat printr-un sindrom infecțios, o anghină, o poliadenopatie și o splenomegalie) această boală se mai manifestă printr-o atingere generală a țesutului limfatic, un sindrom sanguin cu mononucleoză crescută, o reacție serologică pozitivă, mialgii, anghină și adenopatii. Probele funcționale hepatice sînt alterate. În general, prognosticul este favorabil. Boala se vindecă în decurs de 3—5 săptămîni, cu sau fără sechele funcționale hepatice. Tratamentul constă în repaus la pat, izolare, alimentație ușoară, administrare de antibiotice și corticosteroizi. Convalescența este lungă.

1. Betts Ch., Siekert R., Clark E. : *Proc. Mayo Clin.,* 1956, 31, 413.
2. Dutz H., Kleinsorge H., Schulz F. H. : *Diagnose und Differential Diagnose innerer Krankheiten,* t. II, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Ralston L. S., Saiki A. K., Powers W. T. : *J. Amer. Med. Assoc.*, 1960, 173, 1 348.

ARGONZ-CASTILLO (sindromul lui) : **amenoree, galactoree și excreție scăzută de FSH ; sindromul Forbes-Albright.**

Este o amenoree secundară de cauză hipofizară ce se întîlnește în cursul sindromului acromegalic sau a tumorilor supraselare. Amenoreea se întovărășește în această afecțiune, de o galactoree persistentă și o atrofie uterină cu FSH scăzut. Sindromul poate fi produs de tumori hipofizare, leziuni hipotalamice de etiologie variată sau de dereglări hipotalamice funcționale, administrare de clorpromazină, de reserpină sau după emoții. Tratamentul constă în administrare de clomifen și hormon gonadotrop uman.

1. Argonz I., Castillo F. B. : *J. Clin. Med.*, 1953, 1, 79.
2. Milcu Șt. : *Endocrinologia clinică.* Editura Medicală, 1967.
3. Parhon C. I. : *Opere alese*, vol. IV, Acad. R.S.R., 1961.
4. Pasqualin E. Q. : *Endocrinologia.* El Ateneo-Buenos-Aires, 1961.

ARMAND-DELILLE-DARBOIS (sindromul lui) (1922) : **splenopneumonia tuberculoasă.**

Sindromul lui Armand-Delille-Darbois este o reacție splenopneumonică ce apare în cursul tuberculozei pulmonare infantile. Tabloul clinic se manifestă prin durere toracică, tuse, expectorație muco-sanguinolentă, dispnee moderată, matitate și raluri crepitante. Evoluția bolii este relativ lentă. Majoritatea bolnavilor se vindecă. Tratamentul constă din administrare de medicație antibacilară și simptomatică.

1. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest.* 2nd ed. Saunders, 1963.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Schmidt W. : *Differentialdiagnose der Lungenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose.* Leipzig, 1942.

Scanned with OKEN Scanner

ARMSTRONG (boala lui) (1934) : **meningita limfocitară acută benignă ; coriomeningita limfocitară ; meningita aseptică a lui Wallgren.**

Este meningită seroasă acută cu evoluţie benignă produsă de virusul descoperit în 1934 de Armstrong şi Lillie. Boala determină o inflamaţie acută a meningelor şi a plexurilor coroide. Transmisia directă de la om la om este rară. Rezervorul de virus este şoarecele. Boala este mai frecventă între 20—40 ani. Tabloul clinic este dominat de un sindrom meningean de intensitate moderată şi semne generale de tip gripal. În lichidul rahidian, care este opalescent şi aseptic, se găsesc cîteva sute de limfocite pe mmc. Există o disociaţie albumino-citologică. Evoluţia este rapidă ; se pot observa reşute. Nu rămîn după boală sechele. De obicei, boala durează 1—2 săptămîni. Convalescenţa poate fi foarte prelungită. Tratamentul este pur simptomatic şi constă din puncţii lombare decompresive şi antibiotice.

1. Adair A. V., Gauld R. L., Smadel J. E. : *Ann. inter. med.*, 1953, 39, 675.
2. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Elemente practice de diagnostic şi tratament.* Editura Medicală, Buc., 1967.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală Bucureşti, 1965.
4. Grumke W. : *Klinik der einhemischen Infektions-Krankheiten*, Leipzig, 1956.
5. Maurer F. D. : *J. Nat. Cancer Inst.*, 1958, 20, 867–870.
6. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală Bucureşti 1957.

ARMSTRONG-HEIM (boala lui) : **sero-otita medie ; otita medie cataralâ.**

Este o afecţiune ce se întîlneşte la indivizii care zboară la mare altitudine şi care se datoreşte unei inflamaţii seroase a urechii medii, produsă în urma diferenţei de presiune dintre aerul atmosferic şi cavitatea timpanală. Se caracterizează prin acumularea de lichid seros în urechea medie cu simptome de hipoacuzie, senzaţie de plenitudine şi înfundarea urechii, precum şi printr-o reverberaţie neobişnuită a vocii bolnavului (autofonie). Tratamentul constă din insuflaţii ale trompei lui Eustachio, paracenteza

Scanned with OKEN Scanner

timpanului cu aspirația lichidului, antihistaminice, corticosteroizi.

1. Armstrong B. W. : *JAMA*, 1962, 179, 505.
2. Dysart B. R. : *Progress report : otitis and complications*. Arch. Otolaryngology, 1963, 78, 831.
3. Feurstein S. S. : *Laryngoscope*, 1966, 76, 686.
4. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală București.
5. Lowe J. F., Bamforth J. S., Pracy R. : *Lancet*, 1963, 2, 1 129.

ARNDT-GOTTRON (sindromul lui) (1954) : **mucinoza tegumentară ; scleromixedemul ; edemul sclerotic mucos.**

Este o afecțiune ce se caracterizează prin degenerescența mucoidă și în focare a pielii de la nivelul feței, gîtului și mîinilor. În zonele interesate de boală, pielea este edematoasă și dură, însă permițînd, la nivelul articulațiilor, să se formeze pliurile normale. Nu se observă semne de insuficiență tiroidiană, care ar putea explica existența edemelor. Se crede în prezent că afecțiunea ar putea fi determinată de o creștere a mucoproteinelor plasmatice, în urma unor leziuni hepatice de natură toxică.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Edit. V-a, 1963, W. B. Saunders, Phil.
2. Gottron A. :*Arch. Klin. Exper. Dermat.*, 1954, 199, 71.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechts-Krankheiten*, 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1957.

ARNING (forma sau tipul de epiteliom) : **eritematoidul Little ; epitelioamele superficiale multiple ; epitelioamele cutanate superficiale benigne multiple Wiess ; carcinoidul cutanat.**

Este o formă de epiteliom de tip bazo-celular, care are o evoluție lentă, cronică și benignă. Epitelioamele sînt multiple și se localizează electiv la față și trunchi. Ele se prezintă sub forma unor focare plate, ușor infiltrative, avînd tendința de extindere spre periferie. Pot fi confundate uneori cu psoriazisul, eczema cronică sau micoza superficială. Diagnosticul precis se pune pe baza examenului histopatologic și evoluția benignă a bolii.

Scanned with OKEN Scanner

1. Lutz W.: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
2. Montgomery H.: *Arch. Dermat. Syph.* 1929, 29, 339.
3. Ormsby I., Montgomery H.: *Diseases of the skin*, 1954.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology* Blackwell Oxford, 1968.

ARNING-LEWANDOWSKI (sindromul lui): **dermatofibromul lenticular; sindromul Miechelson; fibroza nodulară subepidermică; fibromul simplu Unna; fibromul în pastile Civatte.**

Diferitele denumiri date acestui sindrom se datoresc interpretării cauzale deosebite acordate de autori nodulilor solitari sau multipli intracutani. Aceştia sînt mobili, nedureroşi şi fără tendinţă la malignizare. Apar în jurul vîrstei de 40—50 ani, după un traumatism sau proces inflamatoriu. Din punct de vedere histopatologic, aceşti noduli sînt constituiţi din fibroblaşti, celule endoteliale şi histiocite. Evoluţia este benignă.

1. Ormsby I., Montgomery H.: *Diseases of the skin.*, 1954.
2. Montgomery H.: *Arch. Derm. Syph.*, 1929, 29, 339.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M.: *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders Phil., 1961.
4. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

ARNOLD (sindromul lui): **tusea reflexă Arnold.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin accese reflexe de tuse determinată de excitarea segmentelor inervate de nervul lui Arnold (ramura auriculară a nervului pneumogastric) sau a zonei inferoposterioare a canalului auditiv extern şi jumătăţii posterioare a membranei timpanice.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed., Hoeber, 1962.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală Bucureşti, 1967.
3. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger 1963.

Scanned with OKEN Scanner

4. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

ARNOLD-CHIARI (boala lui) (1894): **anomalia cerebelo-bulbară; disrafia găurii occipitale.**

Boala sau anomalia lui Arnold-Chiari se caracterizează printr-o malformație anatomică cerebelo-bulbară susceptibilă de a antrena sindroame neurologice precise. Malformația anatomică constă din prelungirea intrarahidiană a cerebelului. Aspectele clinice pot fi grupate după Chiari în trei aspecte simptomatice: sindroame cu importante malformații osoase ale șanțului craniorahidian, sindroame bulbare sau cerebeloase dominante și sindroame de aspect siringomielic. În general, boala se manifestă clinic prin diverse paralizii, crize epileptiforme, tulburări cerebeloase (ataxie, nistagmus, etc.). În afară de aspectul clinic, boala poate fi diagnosticată prin examenul lichidului cefalorahidian, care arată un lichid clar, hiperalbuminos, proba Queeckenstedt-Stookey normală, encefalografie sau radiografii. Pe radiografii se pot pune în evidență anomalia osoasă craniorahidiană și uneori, spina bifida. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Araszkiewicz H., Haftek J., Zietara R.: *Neur. Neuro-Chir. Pol.* 1973, 7, 23, 125.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
3. Harispe L.: *L'anomalie cérébellobulbaire décrite par Chiari.* Thèse de médecine, Paris, 1969.
4. Harispe L.: *Presse méd.*, 1970, 78, 20, 933.
5. Jirouet J.: *Ann. Radiol.*, 1967, 691.
6. Jingraham F. D., Scott H. W. jr.: *New England J. Med.*, 1943, 229, 108.
7. Russel D. S., Donald C.: *Brain*, 1935, 48, 203.

ASBO-HANSEN (sindromul lui): **dermatita keratogenă buloasă și pigmentară cu eosinofilie sanguină la fetițele nou-născute.**

Boală cu etiologie și patogenie necunoscută, apare la fetițele nou-născute caracterizîndu-se clinic prin apariția unor exanteme eritematoveziculoase și pustuloase cu conținut bogat în polinucleare eosinofile. După resorbția lichidului pustulos, se formează o serie de cruste scuamoase groase cu tendință netă la hiperkeratoză. După cîteva luni de evoluție, leziunile pot dispare lă-

Scanned with OKEN Scanner

sînd în locul lor pigmentații de culoare brun-deschis. Tratamentul este simptomatic. Evoluția relativ bună.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V., W. B. Saunders, 1963.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Rook A., Wilkinson S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.
5. Touraine R. : *Rev. Prat.,* 1964, XIX, 2 813.

ASHER (sindromul lui) : **hipotonia pleoapelor, îngroșarea buzelor, gușă și blefarocalazie.**

Este o boală cu caracter familial și endocrinopatic, descrisă de Asher în anul 1910. Se caracterizează prin hipotonia pleoapelor de tip Fuchs, îngroșarea buzelor, gușă fără hipertiroidie și blefarocalazie. Afecțiunea are o evoluție lentă și prognostic relativ bun. Din punct de vedere histopatologic se disting două forme : sindromul Asher adenomatos și sindromul Asher limfedematos ; acesta din urmă s-ar datori unei tulburări angioneurotice.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson et C-ie, 1962, Paris.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Michalowski R. : *Choroby blony sluzowej jamy ust,* 1956, 251.
4. Segal P., Jablonska S. : *Klin. Oczna,* 1962.

ASHERMAN (sindromul lui) : **sinechia intrauterină.**

Această afecțiune constă în prezența unor aderențe în corpul sau colul uterin, aderențe determinate de diferite manopere intrauterine, miomectomie, utilizarea pesarelor, sau chiar fără nici o cauză evidentă (idiopatice). Tabloul clinic este variat și în raport cu localizarea aderențelor. În general, se observă tulburări ale ciclului menstrual, avorturi iterative, sterilitate, etc. Histerografia cu substanțe de contrast servește la diagnosticarea precisă a bolii și a extinderii aderențelor.

1. Behrman S. J., Gosling J. R. G. : *Fundamentals of gynecology,* ed. 2nd, Oxford, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

2. Dalsace J., Musset R., Netter A. : *Bull. Féd. Soc. Gynec. obstetr. franc.*, 1957, 9, 4 bis, 483.
3. Danforth D. N. : *Textbook of obstetrics and gynecology.* Harper and Row, 1966.
4. Huffman J. W. : *Gynecology and obstetrics.* W. B. Saunders, 1962.
5. Parsons L., Sommers S. C. : *Gynecology,* B. W. Saunders, 1962.

ASRUP-DENT (sindromul lui) : **diabetul bicarbonatat.**

Este o nefropatie congenitală determinată de o tulburare a mecanismului de reabsorbție tubulară a bicarbonatului. Boala se caracterizează prin acidoză hipercloremică și prin excreția unor cantități crescute de bicarbonat. Afecțiunea se produce în urma unui defect specific al tubului proximal. Se asociază de cele mai multe ori și cu alte tulburări de reabsorbție tubulară proximală, cum ar fi și formele complete ale sindromului De Toni-Fanconi-Debré. Nu are tratament specific.

1. Efron M. L. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1 058.
2. Efron M. L. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1 107.
3. Reubi F. : *Néphrologie clinique.* Masson C-ie edit. Paris, 1961.
4. Wilson D. R., Yendt E. R. : *Am. J. Med.*, 1963, 35, 487.

ASSAM (boala de) : **febra neagră de Assam ; leishmanioza viscerală ; dum-dum ; Kala-Azar (vezi).**

ASSMANN (boală) (1924) : **infiltratul tuberculos precoce.**

Este forma precoce a tuberculozei postprimare, descrisă de Assmann în anul 1924, care evoluează de cele mai multe ori latent. Localizarea cea mai frecventă este în segmentul posterior al lobului superior al pulmonului. Se evidențiază radiologic printr-o umbrire rotundă, ovalară sau triunghiulară de dimensiuni nu prea mari (alună, prună, etc.), care se poate resorbi complet sau prin excavare să se transforme într-o cavernă. Din punct de vedere clinic, boala se traduce prin febră, adinamie, pierdere în greutate, transpirații nocturne, tuse, etc. Viteza de sedimentare a hematiilor este foarte accelerată și este întotdeauna în raport direct cu evoluția bolii.

Scanned with OKEN Scanner

1. Albertson J. N. jr. : *Arch. Int. Med.*, 1964, 113, 676.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest*. 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.
3. Myers J. A. : *JAMA*, 1965, 194, 1 086.
4. Parrillo O. J., Meiberger M., Kleitsch W. P. : *Arch. Int. Med.*, 1964, 113, 365.

ASTLEY-COOPER (sindromul lui) : **nevralgia testiculară din hernia crurală.**

Este o afecțiune care se traduce clinic printr-o nevralgie testiculară. Etiologia este necunoscută. Se întîlnește de obicei în hernia crurală. Pe lîngă durerile mari pe care bolnavii le acuză la palparea testiculelor și la extensia coapselor, acest sindrom se manifestă de asemenea prin grețuri și o stare de anxietate. Durerile cedează deseori spontan sau la flexia coapselor pe bazin. Tratamentul constă din administrare de antalgice și tranchilizante.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*. Masson C-ie, 1949.
4. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic*. Berlin, 1931.

AUJESZKY (boala lui) : **pseudorabia ; paralizia bulbară infecțioasă.**

Este o boală care, în mod cu totul excepțional, numai prin infecții de laborator, se poate întîlni la om, ea fiind specifică animalelor. La acestea (cîini, pisici, porci, bovidee), afecțiunea este extrem de gravă și are uneori caracter de epizotie. La acestea se manifestă prin fenomene meningoencefalitice, întovărășite de prurit intens. Maladia este determinată de o viroză. Pentru animale, boala este letală ; la om determină o cefalee intensă, astenie și un prurit intens. Evoluția este scurtă, iar prognosticul bun.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Koprowski H. : *P. Cl. North America*, 1955, 2, 55–63.
4. Ruegsegger J. M., Sharpless G. R. : *Arch. Int. Med.*, 1962, 110, 754.

AUBRY-OMBREDANNE (boala lui) : **arahnoidita adezivă de origine otică.**

Este o inflamație a arahnoidei determinată de un proces inflamator otic. Se localizează de obicei în unghiul pontocerebelos, în fosa cerebrală posterioară. Se manifestă clinic prin simptomatologia caracteristică a tumorilor de fosă posterioară, prin cefalee puternică și nevralgia perechilor de nervi cranieni VI, VII, VIII și cîteodată și cea de a V-a pereche.

1. Duvoisin R. C., Jahr M. D. : *Neurology*, 1965, 15, 231.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson et C-ie, Paris, 1971.
3. Friedmann A. P. : *M. Clin. North America*, 1964, 48, 445.
4. Friedman A. P. : *JAMA*, 1957, 163, 111.
5. Merritt H. H. : *A textbook of Neurology*. 3-rd ed. Lea and Febiger, 1963.

AVELLIS (sindromul lui) (1891) : **hemiplegie de tip Avellis.**

Sindromul Avellis este determinat de lezionarea ramurii externe a celei de a X-a perechi de nervi cranieni și a nucleului ambiguu al celei de a X-a perechi de nervi cranieni. El constă din hemiparalizia homo-laterală velo-faringo-laringiană, care se traduce clinic prin disartrie, disfagie, anestezia farinxului, anestezia laringelui. La aceste simptome se mai adaugă și cele determinate de lezionarea căilor piramidale și a zonelor învecinate.

1. Avellis G. : *Berl. Klinik*, 1891, 4, 1.
2. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
3. Miller J., Steen G. : *Lancet*, 1965, 1, 225.
4. Ruge D. : *Am. J. Surg.*, 1959, 98, 918.
5. Symonds C. : *Lancet*, 1962, 1, 1.

AXENFELD-SCHUREMBERG (sindromul lui) : **fenomenul ciclic al nervului motor-ocular comun.**

Este un sindrom neurologic excepțional de rar întîlnit, cu etiopatogenie neclară. Se crede c-ar fi determinat de un proces inflamator encefalitic;

Scanned with OKEN Scanner

în unele cazuri s-a verificat caracterul eredofamilial al bolii. Se caracterizează clinic prin faze succesive și alternante de paralizie completă a nervului motor-ocular comun (midriază, strabism divergent și ptoză palpebrală), precum și printr-o activitate excesivă a acestui nerv, care antrenează o adevărată crampă musculară a mușchilor enervați, opusă paraliziei (mioză, strabism convergent și ridicarea exagerată a pleoapei). Fenomenul acesta este de obicei unilateral. La începutul bolii, sindromul se poate manifesta numai prin paralizie. Se descriu și cazuri fruste, reprezentate prin midriază și mioză succesive. Tratamentul este simptomatic.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

AYERZA-ARRILLAGA (sindromul lui) (1901) : **insuficiența cardiacă dreaptă cu cianoză intensă ; cardiacii negri ; sindromul Ayerza-Arrillaga-Escudero.**

Este o insuficiență cardiacă dreaptă progresivă determinată de o hipertensiune prelungită în mica circulație, așa cum se întîmplă de obicei în bronhopneumopatiile cronice. În 1901, Ayerza o considera ca o arterită pulmonară luetică ; în prezent, această denumire este utilizată în scopul de a defini cordul pulmonar cronic (Beretta). Din punct de vedere etiologic, această boală poate fi cauzată de pneumopatiile cronice, bolile cuștii toracice (cifoscolioză), hipertensiunea pulmonară progresivă, ocluzia progresivă a arterelor pulmonare și sindromul Pickwick. Tabloul clinic este dominat de simptomatologia pneumopatiei cronice, de semne de insuficiență cardiacă dreaptă, semne electrocardiografice (unde P ascuțite în D_2, D_3 și VF ; complexul QRS mic și negativ în D_1) și semne radiologice.

1. Beretta A. : *Malattie dell'apparato circulatorio*. Ed. Minerva Medica, 1958, Torino.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest*, 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Gorlin R. : *JAMA*, 1962, 179, 441.
4. Levine H. J. : *M. Clin. North America*, 1962, 46, 1 261.

AYRES (boala lui) : **cheilita actinoalergică ; cheilita hiperheliestică ; cheilita actinică cronică.**

Este o afecţiune ce se manifestă clinic prin inflamaţia mucoasei labiale sub acţiunea luminii solare. De obicei, afecţiunea se asociază cu alte fotodermatite. Procesul inflamator este mai accentuat la nivelul buzelor inferioare. Boala este mai frecvent întîlnită în regiunile însorite. Se crede că procesul patologic ar fi determinat de o sensibilitate congenitală şi familială crescută faţă de acţiunea razelor solare sau de o avitaminoză asemănătoare sindromului pelagroid.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame*. Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

A-V (sindroamele A şi V)

Este un strabism vertical observat în cursul unui strabism orizontal în care devierea oculară se modifică considerabil în funcţie de poziţiile privirii. Astfel, o exotropie se poate accentua ; la privirea în sus se vorbeşte de sindromul A, iar la privirea în jos, de sindromul V. În sens contrar, o exotropie care se exagerează în sus este un sindrom V şi una în jos, un sindrom A. În ambele sindroame există o anomalie a muşchilor verticali. Pe plan senzorial nu există, din cauza deviaţiei variabile, nici un fel de deosebire. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul este de ordin chirurgical şi ortopedic.

1. Coureur L., Danis P. şi colab. : *Bull. Soc. belge Ophtalm.*, 1969, 151, 1.
2. Ver Lee, Iacobucci L. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1967, 63, 244.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

B

BAADER (boala lui) (1925) : dermato-stomatita ; ectodermoza pluriorificială ; sindromul Fiessinger-Rendu ; sindromul Stevens-Johnson.

Boală determinată probabil de un virus, care se manifestă brusc cu temperatură de 39—40° și stare generală gravă. Tabloul clinic complet se instalează în 3—5 zile și cuprinde următoarele 4 grupe de simptome : alterația stării generale cu disfagie și hipertermie, atingere pluriorificială a mucoaselor (stomatită constantă și generalizată de tip bulos sau vezicular, leziuni oculare sub formă de conjunctivită cataralâ sau purulentă și keratită, rinită inflamatorie și erozivă, leziuni eritemato-viscerale pe mucoasa genito-urinară și anală). Atingerea cutanată care poate uneori lipsi, are un caracter polimorf (forma eritemato-papuloasă sau forma eritemato-buloasă). Manifestările viscerale constituie al patrulea grup de simptome ale acestei boli (căile respiratorii, manifestări neurologice, tulburări digestive, renale, cardiace etc.). Dispariția bulelor lasă o ulcerație cu fond bogat vascularizat și cu o serozitate bogată, pe margini. Evoluția este în general favorabilă datorită antibioterapiei bine conduse.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a Saunders, 1963.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson et C-ie, edit. Paris, 1962.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* edit. XI Mosby, 1956.

BAASTRUP (boală) (1933) : **osteocondroza interspinală ; kissing spine.**

A fost descrisă în 1933 de către Baastrup. Este determinată de modificări inflamatorii cronice ale apofizelor spinoase, care produc dureri importante la nivelul regiunii lombare a coloanei vertebrale, mai ales în timpul eforturilor și a mișcărilor de hiperextensie. Examenul radiologic arată apofiza spinoasă lărgită, cu margini scleroase și adeseori cu sinostoze importante. Afecțiunea este mai frecventă la unele profesiuni (hamali, halterofili, docheri etc.) și apare în jurul vîrstei de 30—40 ani. Se admite în etiologie, în afară de factorul profesional și un deficit congenital al procesului de dezvoltare al apofizelor spinoase lombare. Tratamentul este ortopedic și chirurgical.

1. Baastrup C. H. J. : *Fortschr. Roentgenstr.,* 1933, 48, 430.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expan. Scient. franc., 1966, Paris.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München—Berlin, 1951.

BABINSKI (sindromul lui) : **tabesul frust asociat cu o aortită luetică ; sindromul Babinski-Vaquez.**

Este o afecțiune neurologică caractizată prin asocierea concomitentă a unor tulburări cardiovasculare cu o meningo-mielită cronică luetică, tabes, paralizie generală progresivă și alte manifestări ale sifilisului tardiv. Evoluție gravă și progresivă. Tratamentul antiluetic cu penicilină poate întîrzia însă nu și opri evoluția bolii.

1. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* VEB G. Fischer, Iena, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

2. Cecil Russel : *A textbook of medicine.* W. B. Saunders, 1955, Philadelphia.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology.* 3-rd. Edit. Lea and Febiger, 1963.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.

BABINSKI-FRÖHLICH (sindromul lui) (1900—1901) : **sindromul adiposo-genital ; distrofia adiposo-genitală ; sindromul Launois-Cleret-Fröhlich.**

Sindrom descris în 1901, distrofia adiposo-genitală se caracterizează printr-un infantilism genital complet și definitiv (cu sau fără insuficiență staturală) și cu o obezitate de tip ginoid. Sindromul face parte din grupul hipogonadismelor hipogonadotrofice asociate și secundare. Se datorește unei tumori hipofizare sau suprahipofizare ; cel mai adesea este idiopatic. Sindromul Laurence-Biedl-Moon-Bardet ar fi o varietate specială a acestei boli, la care se întîlnește în plus o retinită pigmentară și o polidactilie. Tabloul clinic se caracterizează prin obezitate, criptorhidie la bărbat, amenoree și atrofie genitală la femeie, talie mică, genu valgus, hemianopsie bitemporală, etc. Biologic, sindromul se caracterizează prin metabolism bazal scăzut, toleranță crescută la hidrați de carbon, diminuarea gonadostimulinelor și a 17-ketosteroizilor urinari.

1. Decourt J. : *Rev. Prat.,* 1971, XXI, 2, 199—222.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.
4. Ferguson J. J. jr. : *Ann. intern. med.,* 1964, 60, 5, 925.
5. Pellegrini G., Piotti L. E. : *Bilan thérapeutique des insuffisances testiculaires dites secondaires. Actualités Endocrinol.* 8-ème série. Expansion édit. Paris, 1967, p. 191.
6. Raben M. S., Hollenburg C. H. : *J. Clin. Invest.,* 1959, vol. 38, 2, 484.

BABINSKI-FROMENT (sindromul lui) (1915) : **sindromul extenso-progresiv de origine reflexă.**

Este o afecțiune caracterizată printr-o contractură musculară de tip histeric și pareze, tulburări neurologice manifestate prin sindrom dureros, cauzalgie, osteoporoză, edeme și diferite tulburări

Scanned with OKEN Scanner

trofice și vasomotorii. Sindromul este determinat de obicei de o traumă psihică sau somatică moderată. Aceste tulburări apar mai ales la extremitățile membrelor superioare. În afară de traumatism, acest sindrom mai poate fi întîlnit și în poliartrita cronică evolutivă. Tratamentul constă din psihoterapie, medicație tranchilizantă și sedativă.

1. Babinski J. F., Froment J. : *Hystérie, pithiatisme, troubles nerveux d'ordre réflexe.* Paris, edit. Flammarion, 1918.
2. Baker A. B. : *Clinical neurology.* 2nd ed. Hoeber, 1962.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson et C-ie, Paris, 1971.
4. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, București, 1967.
5. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

BABINSKI-GENDRON (sindromul lui) : **meningomielita aseptică.**

Este o meningită necrotoxică reactivă produsă în urma distrugerii țesutului cerebral. Face parte din grupul meningomielitelor aseptice. Tabloul clinic este dominat de simptomele specifice meningitei. Prognostic sever.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* 2nd edit. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology.* 2nd edit. Oxford, 1964.
3. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* VEB. G. Fischer, Iena, 1969.
4. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.

BABINSKI-NAGEOTTE (sindromul lui) (1902) : **sindromul lui Wallenberg-Babinski-Nageotte.**

Este o hemiplegie determinată de lezionarea nervilor cranieni IX și X, porțiunea bulbară a perechii a XI-a și o porțiune redusă a celei de a V-a perechi. Lezionările de mai sus produc de partea afectată o paralizie a gloso-faringo-laringeului, pierderea sensibilității gustative în 1/3 posterioară a limbii, hemianestezie facială și sindromul Claude Bernard-Horner. De partea opusă

Scanned with OKEN Scanner

a leziunii se produce o paralizie a membrelor și o hemianestezie disociată de tip siringomielic.

1. Aring C. D. : *Brain*, 1945, 68, 28.
2. Cecil Russel : *A textbook of medicine*. W. B. Saunders, 1955.
3. Millikan C. H., Moersch F. P. : *AMA Arch. Neurol. and Psychiatr.*, 1953, 70, 558.
4. Wallenberg G. : *Arch. Psych. Nervenhk.*, 1895, 27.
5. Wallenberg G. : *Neurol. Zb.*, 1915, 34.

BABINSKI-SÜDECK-LERICHE (boala lui) : **atrofia acută a oaselor ; osteoporoza de imobilizare ; osteoporoza post-traumatică Südeck.**

Este o afecțiune determinată de o tulburare tisulară generală și de o perturbare importantă a metabolismului calciului și fosforului. Boala apare după fracturi sau după traumatisme limitate ale părților moi. Din cauza imobilizării se produce o diminuare a excitației mecanice normale, care, după cum se știe, contribuie la menținerea metabolismului fosfo-calcic de la nivelul oaselor. Din punct de vedere radiologic, boala se traduce prin existența unor zone de osteoporoză la nivelul osului traumatizat. Leriche crede că aceste leziuni s-ar produce în urma unor tulburări circulatorii determinate de interesarea, în cursul traumatismelor, a sistemului nervos simpatic.

1. Cosăcescu A. : *Tumori și distrofii osoase*. Editura Welther, Sibiu, 1943.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Edit. Masson et C-ie, Paris, 1963.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*. 1949.

BAELTZ (sindromul lui) : **cheilita glandulară supurativă superficială.**

Este un sindrom clinic descris în 1890, care constă dintr-o inflamație superficială și purulentă a glandelor salivare distopice. Nu se cunoaște etiologia. Afecțiunea se poate maligniza. Se manifestă, din punct de vedere clinic, prin existența unor exanteme solitare asemănătoare lichenului simplu, care sînt localizate de predilecție pe buza inferioară. Acestea se transformă ulterior în cruste ce lasă după îndepărtarea lor ulcerații foarte rezistente la orice terapeutică.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a, W. B. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, 1956, Maloine édit.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Michalowski P. : *Czas. Stomatol.*, 1951, 7, 185.

BAKER (boala lui) : **chistul lui Baker.**

Este o bursită care apare cînd sînt interesate bursele gastro-cnemio-semimembranosului. Se manifestă clinic sub forma unei tumorete mediane și posterioare, ce variază ca mărime după poziția genunchiului. Are sediu în regiunea poplitee. Această bursită produce o impotență funcțională cu limitarea mișcărilor articulare, care se întovărășește de dureri spontane și provocate. La examenul radiologic, se constată că elementele osoase ale articulațiilor sînt indemne. Tratamentul este asemănător cu acela al tuturor bursitelor.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. Edit. W. B. Saunders, 1969.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic*, Berlin, 1931.

BAKER (sindromul lui) : **ictusul laringian (Charcot) ; sindromul tusei.**

Este un sindrom clinic ce se caracterizează prin apariția unei sincope în cursul unei quinte de tuse, determinată de întreruperea circulației pulmonare și anoxia cerebrală importantă ce se produce în cursul tusei. Acest accident apare brusc, dispare de asemenea la fel de brusc și nu împiedică mai tîrziu pe bolnav să supraviețuiască și să-și vadă mult timp de ocupațiile sale. Pierderea de cunoștință ce caracterizează această afecțiune este precedată de quinta de tuse, senzația de gîdilitură laringiană și coloratia eritemato-cianotică a feței.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson et C-ie, Paris, 1963.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

BAKER (boala lui) : **hernia poplitee.**

Este o afecțiune chirurgicală descrisă încă din anul 1877, de Baker, care se manifestă din punct de vedere clinic printr-o tumefiere a articulației genunchiului, produsă în urma unui proces inflamator exsudativ intra-articular. Tumefierea ia aspectul, în regiunea poplitee, a unui chist, situat imediat sub pliul articular. Acesta produce din cauza compresiunii venoase pe care o exercită asupra acestei zone, edemul gambei și limitarea mișcărilor în articulația genunchiului. Tratamentul este chirurgical și antiinflamator.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Haggart G. E. : *Ann. Surg.*, 1943, 118, 438.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic.* Berlin, 1931.
4. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.

BAKER-MIUR (sindromul lui) : **pseudoatrofodermul gîtului.**

Sindromul de mai sus face parte din displaziile ectodermice congenitale. Se caracterizează clinic prin existența unor leziuni cutanate similare vitiligului, situate la nivelul gîtului și a porțiunii superioare a toracelui. La nivelul zonelor depigmentate, tegumentele sînt atrofice. Aceste zone depigmentate și albicioase sînt înconjurate de un halou hiperpigmentat brun, unde se observă foarte clar descuamația epidermului. Nu are tratament. Evoluția progresivă. Nu se malignizează.

1. Becker I., Williams S. : *Arch. Dermat. Syph.* (Chichago), 1934, 22, 53.
2. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.

BAKER-WINEGRAD (boala lui) (1970) : **deficitul în fructoză-1-6-difosfatază hepatică.**

Este o boală determinată de un deficit de fructoză-1-6-difosfatază hepatică descrisă în 1970 de către Baker și Winegrad și mai apoi, în 1971,

Scanned with OKEN Scanner

de către Sandubray. Sindromul de mai sus se întîlnește mai ales la indivizii cu hipoglicemie. Boala are caracter ereditar de tip recesiv autosomic.

1. Dominick H. C. H. R. și colab. : *Mschr. Kinderheilk.*, 1972, 120, 1, 32.
2. Gajdos E., Lestradet H. : *Enzymopathies. Fasc. III. Enzymopathies dans le domaine du métabolisme glucidique.* Masson, 1971, 1 vol.
3. Lestradet H. : *Vie Médicale*, 1973, 1, 51.

BALINT (sindrom) : **paralizia psihică a privirii ; sindromul parieto-occipital bilateral.**

Afecțiunea neurologică de mai sus se datorește unei deconectări a ariilor 18 și 19, de ariile frontale, rolandice și parietale. Tabloul clinic se manifestă printr-o micșorare concentrică a cîmpului vizual, o tulburare a utilizării privirii în timpul mișcărilor de fixare, de urmărire și de explorare (privire ataxică), o ataxie optică (apraxie constructivă, agrafie) și în sfîrșit, tulburări ale gnosiei spațiale (dezorientare topografică).

1. Eysette M. : *Le syndrome pariéto-occipital bilateral. A propos du syndrome de Balint et des syndromes voisins. Thèse de Médecine*, Lyon, 1969, edit. Tixier et fils.
2. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuroradiologique en ophtalmologie.* Masson C-ie, 1966.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson et C-ie, Paris, 1969.

BALLARD-MILLER-DEGEN-PAIE (sindromul lui) : **sindromul encefalopatic psihodepresiv.**

Afecțiunea de mai sus este o encefalopatie caracterizată prin tulburări ale memoriei și cunoștinței, stare depresivă, labilitate afectivă, cefalee intensă, astenie, amețeli, dureri în coloana vertebrală și absența oricărei inițiative. Se observă mai ales la bolnavii de encefalomeningită. Evoluția bolii și prognosticul depinde de afecțiunea primară, care a determinat apariția sindromului.

1. Brain R. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson et C-ie, Paris, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Schott B. : *Rev. Prat.*, 1969, XIX, 1 205.

BALO (boala lui) : **encefalita periaxială concentrică ; scleroza concentrică Balo.**

Este o afecțiune neurologică caracterizată clinic prin simptomatologia clasică a hipertensiunii intracraniene cu stază papilară, care se datorește unor leziuni degenerative ce se localizează în zonele mijlocii ale substanței albe din encefal. Acestea din urmă îmbracă aspectul unor cordoane rotunde centripete, de culoare albă sau cenușie, dispuse în formă de foi de ceapă. Boala se încadrează în grupul afecțiunilor mielinoclastice primitive. Acestea apar în cursul proceselor de demielinizare a tecii mielinice normal construite, produse în urma influenței unor noxe endogene sau exogene, ca și în degenerescența wallerianã.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II, Editura Medicală, București, 1957.

BALSER (sindromul lui) : **necroza grăsoasă a pancreasului.**

Descris în anul 1882 de Balser, acest sindrom se caracterizează prin apariția la nivelul țesutului adipos al pancreasului, în epiplon, retroperitoneu și chiar subcutan, a unor focare necrotice de culoare albă sau galbenă, în cursul pancreatitei hemoragice sau în alte leziuni ale acestuia. Focarele necrotice sînt determinate de acțiunea fermenților pancreatici, care digeră și distrug țesutul adipos din jur.

1. Balser W. : *Arch. Path. Anat.*, 1882, 93, 520.
2. Child C. G., Kahn D. R. : *JAMA*, 1962, 179, 363.
3. Doubilet H., Muhlolland J. H. : *G.P.*, 1963, 27, 105.
4. Hermann R. E. : *Postgrad. Med.*, 1964, 36, 135.

BALZE (sindromul De La Balze) : **endocrinopatia hipogonadică hipergonadotrofinurică.**

Este un sindrom endocrinologic din grupul afecțiunilor hipogonadice hipergonadotrofinurice, caracterizat prin displazie germinală.

Scanned with OKEN Scanner

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Edit. Flammarion, Paris, 1949.
2. Guinet P. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 2, 163.
3. Wershum L. P. : *The human testis.* Ch. Thomas, 1962, Springfield III.

BALZER (boala lui) : **xantomul elastic ; pseudoxantomul elastic ; boala lui Darier ; elastoza distrofică ; elastorexis.**

Este o afecțiune dermatologică caracterizată prin degenerescența fibrelor elastice ale pielii, vaselor și uneori, a membranei lui Bruch. Boala afectează în mod egal ambele sexe și toate vîrstele. Către sfîrșitul evoluției bolii, apar pe fețele laterale ale gîtului și în regiunile axilare și inguinale, focare de plăci plane, care se unesc între ele sub forma de rețea. În aceste regiuni, pielea este subțiată, însă face pliuri normale.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* edit. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* edit. Maloine, Paris, 1956.
3. Marchionini A., Turgut K. : *Dermat.* Wschr., 1942, 114, 145.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *A manual of cutaneous medicine,* W. B. Saunders, 1961.

BALZER-MÉNÉTRIER (boala lui) : **adenomul grăsos alb.**

Boala lui Balzer-Ménétrier este un adenom grăsos, asemănător din punct de vedere histopatologic cu epiteliomul adenomatos Brooke. Se manifestă clinic prin existența diseminată a unor noduli albi, duri și nedureroși pe toată suprafața corpului. Evoluție benignă.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Pawlowski St. : *Przegl. Derm. Wener.*, 1955, 1, 15.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* ed. XI, Mosby, 1956.

BAMB (boala lui) : **vezi Bornholm (boala din).**

BAMBERGER-MARIE (boala lui) : **osteoartropatia hipertrofiantă pneumică ; boala lui Pierre-Marie (vezi).**

Scanned with OKEN Scanner

BANCROFT (boală) : **filarioza.**

Boala este produsă de filaria Wucheria Bancrofti și transmisă de către culex fatigans. Se manifestă prin apariția unor noduli limfatici ce merg de la mărimea unui bob de porumb pînă la o cireașă, cu localizare electivă în axilă. Boala se însoțește ulterior de eosinofilie sanguină, splenomegalie, hepatomegalie moderată etc. Din punct de vedere clinic se descriu trei forme : forma asimptomatică, forma inflamatorie (cu limfangită la extremități, adenită, funiculită și orhită) și forma ocluzivă (elefantiazisul gambelor, brațului, scrotului, sînilor, ascită chiloasă, chilurie). Diagnosticul se pune pe baza decelării paraziților în sîngele prelegat în timpul nopții sau în limfa ganglionară.

1. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* Teil II, G. Fischer, Iena, 1969.
2. Kenney M., Hewitt R. : *Am. J. Trop. Med.*, 1949, 29, 89.
3. Piekarski G. : *Medizinische Parasitologie.* Bayer A. G. Leverkusen, 1961.
4. Woodruff A. W. : *Tr. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1951, 44, 479.

BANDLER (sindromul lui) : **melanoza și hemangioamele multiple ale intestinului.**

Este un sindrom clinic congenital caracterizat prin existența concomitentă a unei melanoze și a unor hemangioame multiple ale intestinului subțire. Nu evoluează malign. Evoluție foarte lentă. Nu are tratament decît simptomatic.

1. Herbeuval R., Dornier R., Charles J. M. : *Bull. de l'Assoc. Nord-Lotharingienne de gastro-enterologie*, 1966, 2, 24–29.

BANG (boala lui) : **bruceloză ; febra de Malta ; febra ondulantă ; febra mediteraneană.**

Boală frecventă mai ales la indivizii care vin în contact direct cu animalele, afecțiunea de mai sus se face la nivelul tegumentelor și mai rar, pe cale digestivă. Cîteodată debutul bolii este acut. Febra are caracter ondulant și nu este precedată de frison. Pe tegumente se pot observa exanteme toxice roseoliforme. Se mai poate observa de asemenea o adenopatie generalizată și o hepato-splenomegalie importantă. În urină se

Scanned with OKEN Scanner

găsește brucella ; diazoreacția lui Ehrlich este negativă. Tabloul sanguin este necaracteristic ; uneori poate fi întîlnită totuși o limfocitoză. Agentul etiologic, bacilus abortus bovis, apare în sînge, urină și în diferite punctate organice. Din punct de vedere serologic se observă o pozitivitate a reacției într-a 10-a zi de la debutul bolii. Următoarele complicații pot apare în cursul bolii : ciroză hepatică, anemie, diferite leziuni osoase și articulare, endocardite bacteriene acute și subacute, meningite și encefalite. Circa 75% dintre bolnavi se vindecă după 3—6 luni de evoluție. Tratamentul specific cu tetracicline și streptomicină a scurtat mult durata bolii. Numai rareori, bruceloza este mortală.

1. Bainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current diagnosis and treatment.* Lange Medical Publish. Los Altos, 1967.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, Phil., 1969.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
4. Sprink W. W. : *The Nature of Brucellosis.* Univ. of Minnesota, 1956.

BANDL-FROMMEL (sindromul lui) : **iminența de avort.**

Este un sindrom clinic ce apare înaintea unei rupturi uterine. Se manifestă în timpul travaliului și se caracterizează prin dureri abdominale intense, o tensiune a ligamentelor rotunde și creșterea în înălțime a segmentului inferior, datorită ridicării spre ombilic a inelului lui Bandl.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BANNET (boala lui) : **fractura boxerilor.**

Afecțiunea se caracterizează printr-o fractură ce apare în urma unei lovituri puternice la nivelul bazei primului metacarpian. Se observă cel mai frecvent la boxeri. În focarul de fractură, segmentul de os fracturat nu suferă deplasări. Tratamentul este ortopedic și chirurgical.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame,* Editura Medicală, București, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

2. Raney R. B. : *Surg. Gynec. Obst.*, 1933, 6, 197.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BANNISTER (boala lui) : **edemul cutanat circumcis acut ; urticaria gigantă Milton ; edemul angioneurotic ; edemul angioneurotic Quincke.**

Este o formă de edem determinat de o nevroză vasomotorie, cu punct de plecare de la o alergie alimentară sau chiar bacteriană. Din punct de vedere clinic, acest edem, care se aseamănă cu urticaria, are un caracter fugace şi se localizează de predilecţie la piele şi mucoase. Interesează în egală măsură ambele sexe. De obicei, debutează la pubertate : are uneori caracter familial. Edemul are o consistenţă variabilă. Apare de preferinţă la faţă, în jurul gurii, ochilor, pe limbă sau în alte regiuni ale corpului. În mod obişnuit, edemul regresează în 1—2 zile. Se poate repeta, ulterior. Intensitatea edemelor variază cu vîrsta : cu cît se înaintează în vîrstă cu atît volumul lor, în timpul accesului, diminuă. Tratamentul constă în desensibilizare şi în administrare de antihistaminice de sinteză şi corticoterapie.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis 2. Lange Medical Publications*, Los Altos, Calif., 1967.
2. Filipp G. : *Pathogenese und Therapie allergischer Reaktionen.* Enke-Verlag, Stuttgart, 1967.
3. Hansen K., Werner H. : *Lehrbuch der Klinische Allergie.* Thieme-Verlag, Stuttgart, 1967.

BANTI (boala sau sindromul lui) : **splenomegalia congestivă cu hipersplenism ; boala lui Frugoni ; sindrom Senator-Banti.**

Boală descrisă în anul 1894, sindromul Banti se caracterizează printr-o splenomegalie, semne de hipersplenism (anemie, leucopenie, trombopenie) şi ciroza ficatului. Mai frecvent întîlnit între 15—35 ani, acest sindrom se manifestă chiar de la început prin splenomegalie, care se datoreşte unui blocaj intrahepatic de etiologie variată (tuberculoză, sifilis, malarie, kala-azar, bilharzioză etc.). Suportul histopatologic al bolii este constituit dintr-o fibro-adenie splenică sau o scleroză malpighiană. Afecţiunea evoluează în trei faze (splenomegalie cu anemie, spleno-hepatomegalie şi în ultima fază, ciroza atrofică asci-

Scanned with OKEN Scanner

2. Raney R. B. : *Surg. Gynec. Obst.*, 1933, 6, 197.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BANNISTER (boala lui) : **edemul cutanat circumcis acut ; urticaria gigantă Milton ; edemul angioneurotic ; edemul angioneurotic Quincke.**

Este o formă de edem determinat de o nevroză vasomotorie, cu punct de plecare de la o alergie alimentară sau chiar bacteriană. Din punct de vedere clinic, acest edem, care se aseamănă cu urticaria, are un caracter fugace şi se localizează de predilecţie la piele şi mucoase. Interesează în egală măsură ambele sexe. De obicei, debutează la pubertate : are uneori caracter familial. Edemul are o consistenţă variabilă. Apare de preferinţă la faţă, în jurul gurii, ochilor, pe limbă sau în alte regiuni ale corpului. În mod obişnuit, edemul regresează în 1—2 zile. Se poate repeta, ulterior. Intensitatea edemelor variază cu vîrsta : cu cît se înaintează în vîrstă cu atît volumul lor, în timpul accesului, diminuă. Tratamentul constă în desensibilizare şi în administrare de antihistaminice de sinteză şi corticoterapie.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis 2. Lange Medical Publications*, Los Altos, Calif., 1967.
2. Filipp G. : *Pathogenese und Therapie allergischer Reaktionen.* Enke-Verlag, Stuttgart, 1967.
3. Hansen K., Werner H. : *Lehrbuch der Klinische Allergie.* Thieme-Verlag, Stuttgart, 1967.

BANTI (boala sau sindromul lui) : **splenomegalia congestivă cu hipersplenism ; boala lui Frugoni ; sindrom Senator-Banti.**

Boală descrisă în anul 1894, sindromul Banti se caracterizează printr-o splenomegalie, semne de hipersplenism (anemie, leucopenie, trombopenie) şi ciroza ficatului. Mai frecvent întîlnit între 15—35 ani, acest sindrom se manifestă chiar de la început prin splenomegalie, care se datoreşte unui blocaj intrahepatic de etiologie variată (tuberculoză, sifilis, malarie, kala-azar, bilharzioză etc.). Suportul histopatologic al bolii este constituit dintr-o fibro-adenie splenică sau o scleroză malpighiană. Afecţiunea evoluează în trei faze (splenomegalie cu anemie, spleno-hepatomegalie şi în ultima fază, ciroza atrofică asci-

Scanned with OKEN Scanner

togenă). Evoluția bolii este lentă și poate dura pînă la 10 ani de la apariția primelor simptome. Tratamentul constă din regim alimentar adecvat, hepatoprotective și splenectomie.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Patrasi G. : *Regebn. inn. Med. Kinderheilk.*, 1942, 62, 132.
3. Sherlock Sh. : *Krankheiten der Leber und der Gallenwege.* I. F. Lehmann Verlag, München, 1965.
4. Smetana H. F. : *Gastroenterology*, 1954, 26, 6 112.
5. Volwiler W., Eliot J. : *Gastroenterology*, 1948, 3, 349.

BÁRÁNY (sindromul lui) (1911) : **hemicranie cerebeloasă ; migrena optică Escat.**

Sindromul este determinat de inflamația nepurulentă a fosei occipitale, de traumatisme craniene, tumori cerebeloase, ecchinococoză și meningită seroasă și se manifestă clinic prin ameteli de tip labirintic, cefalee în regiunea occipitală respectivă, zgomote în ureche și surzenie homolaterală de diferite grade. Boala poate îmbrăca uneori și un aspect ereditar familial. Tratamentul este simptomatic și etiopatogenic cînd se cunoaște cu precizie cauza determinantă.

1. Bárány R. : *Med. Klin.*, 1911, 7, 1 818.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. edit. Lea and Febiger, 1963.

BARDET-LAURENCE-BIEDL-BIEMOND (sindromul lui) : **sindromul Laurence-Moon-Bield** (vezi).

BARD-PIC (sindromul lui) : **sindromul pancreatico-biliar ; sindromul Pic ; sindromul Courvoisier ; sindromul Courvoisier-Terrier.**

Descris încă din 1888, sindromul lui Bard și Pic se traduce clinic prin icter mecanic, mărimea de volum a colecistului și hepatomegalie. Acest sindrom se observă la bolnavii cu cancerul capului de pancreas și se produce în urma compresiunii pe care o exercită tumoarea asupra căilor biliare extrahepatice. Sindromul se însoțește deseori de o flebită migratorie. Evoluție rapidă și prognostic infaust. Tratamentul chirurgical este numai paleativ.

Scanned with OKEN Scanner

1. Bard L., Pic A. : *Rev. Méd.*, 1888, 8, 257.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Russell Cecil : *A textbook of Medicine.* W. B. Saunders Comp. 1955, Philadelphia.

BAEFVERSTEDT (boala sau sarcoidul lui) : **limfadenoza tegumentară benignă ; infiltrația pseudoleucemică Jadassohn ; limfocitomul Kauffmann-Wolff.**

Boala se caracterizează clinic prin apariția pe tegumente a unor noduli de diferite mărimi, care se aseamănă din punct de vedere histopatologic cu sarcoidoza lui Besnier-Boeck-Schaumann. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul tegumentelor trunchiului și extremităților ; mai rar se observă la față. Atît sîngele cît și sistemul ganglionar sînt normale. Evoluția bolii este îndelungată, bolnavii păstrînd o stare generală bună. Nu degenerează malign. Se admite astăzi că boala ar fi determinată de o reacție deosebită a sistemului limfatic la diferiți factori infecțioși. Nu are tratament specific.

1. Baefverstedt B. : *Acta Dermat. Vener.*, 1943, 24, suppl. 11.
2. Baefverstedt B. : *Acta Dermat. Vener.*, 1953, 33, 171.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BARBEAU (sindromul lui) : **miopatia oculofaringiană cu ptoză și disfagie.**

Este un sindrom neurologic ce face parte din marele grup al musculodistrofiilor. Se caracterizează clinic printr-o miopatie oculofaringiană cu ptoză și disfagie. Etiopatogenia este cea comună grupului din care face parte. Evoluția lentă și progresivă. Nu are tratament specific.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson et C-ie, 1971, Paris.

Scanned with OKEN Scanner

BARILE (sindromul lui) : **reticuloendotelioza cu eritremie.**

Afecțiune care este mai frecventă la sugar și la copil și care se caracterizează clinic prin hepato-splenomegalie, anemie gravă, febră intermitentă și diateză hemoragică. Spre deosebire de eritromieloza acută (boala lui Guglielmo), unde, în sînge, există o eritroblastoză considerabilă, în această afecțiune predomină net reticuloendotelioza. Din punct de vedere histopatologic se observă o hiperplazie a țesutului reticuloendotelial din măduvă, ficat și splină. Prognosticul grav. Nu are tratament specific.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie.* 2 Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson C-ie, 1958.
3. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* G. Thieme, Stuttgart, 1963.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, Philadelphia, 1961.

BARKWIN-GOLDEN-FOX (boala lui) : **osteodistrofia genotipică ; hiperostoza corticală generalizată a lui van Buchem.**

Descrisă în anul 1962 de către Barkwin și colaboratorii, osteodistrofia genotipică este o afecțiune care face parte din grupul osteozelor condensante genetice. Se caracterizează prin deformarea arcuată a gambelor, hipotonie musculară, întîrziere și greutate în mers. Din punct de vedere radiologic se constată o îngroșare corticală a oaselor lungi în S și osteofite subperiostice. Boala are caracter ereditar transmițîndu-se autosomic recesiv. Evoluție lentă. Nu degenerează. Nu are tratament.

1. Durant J., Vignon G., Maitrepierre J., Megard M., Calvel V. : *Rev. Lyonnaise Méd.*, 1960, 9, 671–684.
2. Fauré C. : *Rev. Rhum.*, 1965, 32, 683–692.
3. Louyot P. : *Rev. Prat.*, 1971, XXI, 23, 3 401.

BARLOW (boala lui) : **scorbutul infantil ; boala lui Möller-Barlow.**

Boala lui Barlow este o avitaminoză C, care se observă la sugarul în vîrstă de 6—12 luni, imediat după instalarea alimentației carențate.

Scanned with OKEN Scanner

Boala se manifestă prin dureri osoase foarte mari. În porțiunea inferioară a femurului se produce o tumefiere, din cauza hemoragiilor subperiostale. Osul este osteoporotic și prezintă în mod caracteristic banda opacă a lui Franekel la unirea dintre diafiză și cartilagiul epifizar. Se mai observă de asemenea anemie moderată, febră, întîrziere în dezvoltare. În sînge, valorile acidului ascorbic sînt foarte mult scăzute. La adult, scorbutul se caracterizează, în perioada de carență, prin astenie, inapetență, anemie, edeme, peteșii, echimoze, sîngerări gingivale și parodontoză. În perioada de carență confirmată, semnele majore sînt: gingivita, hemoragiile, astenia și slăbirea. Tratamentul precoce cu vitamina C duce rapid la vindecare.

1. Abt A. F., von Schuching S., Enns T.: *Am. J. Clin. Nutrition*, 1963, 12, 21.
2. Chazon J. A., Mistilis S. P.: *Am. J. Med.*, 1963, 34, 350.
3. Dechaume M.: *Précis de stomatologie*, Masson et C-ie, Paris, 1962.
4. Follis R. H. jr.: *The Pathology of Nutritional Disease* Springfield, Ch. C. Thomas, III, 1948.

BARNES (sindromul lui): **musculodistrofia ascendentă cu caracter ereditar.**

Este un sindrom neurologic ce face parte din marele grup al musculodistrofiilor. Acest sindrom se caracterizează printr-o musculodistrofie cu evoluție ascendentă cu caracter ereditar dominant, care interesează în mod electiv mușchii mîinilor. Evoluția bolii este lentă și progresivă. Nu are tratament specific.

1. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson et C-ie, Paris, 1971.
2. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

BARRAQUER-SIMMONS (boala lui): **lipodistrofia progresivă.**

Lipodistrofia progresivă este o tulburare metabolică caracterizată prin progresivă și simetrică pierdere a grăsimii subcutanate de la nivelul feței, iar în cazurile severe și de la nivelul cefei,

Scanned with OKEN Scanner

brațelor, toracelui și a abdomenului. În părțile inferioare ale corpului, grăsimea este păstrată sau chiar crescută. Cauza bolii este necunoscută. Factori endocrinieni și în special glanda pituitară au fost incriminați în declanșarea procesului morbid. Evoluție lentă. Nu degenerează. Nu are tratament.

1. Harris J. S., Reiser R. : *Am. J. Dis. Children*, 1940, 59, 143.
2. Wakeley C., Somerville O. P. : *Lipomas*, Lancet, 1952, 2, 997.

BARRAQUEZ-BORDAS-RUIZ-LARA (sindromul lui) : **atrofia toxică a cerebelului.**

Sindromul de mai sus se caracterizează printr-o atrofie toxică a cerebelului, determinată de o hipoxemie cronică în cursul evoluției cancerului bronhopulmonar. Lezionarea cerebelului se dezvoltă rapid atît în urma hipoxemiei cît și datorită acțiunii toxice a cancerului. Procesul patologic cuprinde ambele emisfere cerebeloase. Din punct de vedere clinic, sindromul se manifestă prin simptomatologia specifică lezionării cerebelului. Evoluție rapidă. Prognostic infaust.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest*, 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.

BALLARD-MILLER-DEGEN-PAIE (sindromul lui) : **encefalopatia din encefalomeningită.**

Este un sindrom clinic ce se manifestă printr-o encefalopatie ce se întovărășește de tulburări ale memoriei și cunoștinței, stare depresivă, labilitate afectivă, cefalee intensă, amețeli, astenie, dureri în coloana vertebrală și absența oricărei inițiative. Apare de obicei la bolnavii cu encefalomeningită.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson et C-ie, Paris, 1971.
3. Schott B. : *Rev. Prat.*, 1969, XIX, 1 205.

BARRÉ (sindromul lui) : **sindromul disarmonic.**

Este un sindrom clinic ce se întîlnește de obicei în cursul lezionării emisferelor cerebeloase.

Scanned with OKEN Scanner

Se caracterizează prin nistagmus, tulburări în mers și pozitivitatea semnului lui Romberg.

1. Jeffreys W. H., Hood H. : *M. Clin. North America*, 1964, 48, 1 599.
2. Miller J., Steen G. : *Lancet*, 1965, 1, 225.
3. Symonds G. : *Lancet*, 1962, 1, 1.

BARRÉ-LIÉOU (sindromul lui) : **sindromul cervical posterior ; migrena cervicală.**

Este un sindrom determinat de o iritație a plexurilor simpatice care enervează artera vertebrală. S-ar produce astfel o serie de tulburări circulatorii în sectorul acestei artere. Boala este întîlnită în cervicartroză. Se manifestă clinic prin jenă dureroasă la mișcările gîtului. Aceste dureri pot iradia spre ceafă (tip de nevralgie occipitală), spre cap (tip de nevralgie occipitală sau frontală) și spre torace. Bolnavii prezintă de asemenea amețeli, vertije și pierderi temporare de cunoștință, ca în sindromul vestibular. Evoluția bolii este lent progresivă dacă nu se intervine terapeutic. La examenul radiologic se remarcă o condensare a platourilor vertebrale, osteofitoză anterioară și cîteodată o pensare a corpurilor vertebrale. Tratamentul constă din administrare de medicamente antiinflamatorii, corticoterapie, fizioterapie și gimnastică medicală.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique*. Edit. Masson, Paris, 1963.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*. München–Berlin, 1951.

BARTENWERFER (boala lui) (1942) : **condrodisplazia spondiloepifizară ; boala lui Morquio ; disostoza encondrală metaepifizară.**

Este o formă tardivă de condrodistrofie, care se caracterizează clinic printr-o displazie poliepifizară, displazie vertebrală și hiperlaxitate ligamentară. Aspectul mongoloid al feței se întovărășește de un nanism disarmonios și de boltă palatină ogivală. Din cauza deformațiilor osoase, mișcările articulare sînt foarte limitate și bolnavii au un mers legănat „de rață". În general, boala apare mai tardiv. Displazia vertebrală se

Scanned with OKEN Scanner

manifestă printr-o aplatizare a vertebrelor (platispondilie), care determină o cifoză dorsală. Din cauza laxităților ligamentare se observă deseori luxații coxofemurale bilaterale. Are caracter ereditar cu transmisie recesivă autosomică. În afară de aceste tulburări, se mai remarcă o atingere corneeană moderată manifestată prin opacități care au loc în parenchim și care nu diminuă acuitatea vizuală. În urină există o eliminare crescută de kerosulfat.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson et C-ie, 1969.
4. Uhling H. : *Arch. Kinderheik.*, 1954, 148, 22.

BARRÉ (sindromul lui) : **sindromul piramidal defectiv.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-o hemiplegie flască, care se manifestă clinic prin hipotonie musculară, diminuarea sau absența reflexelor osteo-tendinoase, absența reflexelor plantare, pozitivitatea semnului lui Babinski și areflexie cutanată.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis and Treatment.* Lange Medical Public, 1967, Los Altos, California.
2. Carter A. B. : *Lancet*, 1965, 7 411, 514.
3. Fazekaș J. F. : *G. P.*, 1964, 29, 78.
4. Millikan C. H. : *Mod. Med.*, 1962, 30, 148.

BARTHELEMY (boala lui) : **tuberculide papulo-nodulare ; acnita tuberculoasă.**

Este o boală cronică care se poate din cînd în cînd și acutiza, fiind determinată de diseminarea hematogenă a bacilului Koch, care produce, la nivelul feței, leziuni tuberculoase papulo-necrotice. Starea generală a organismului nu este alterată, ea continuă a fi tot timpul bună. În cursul bolii, reacția la tuberculină este intens pozitivă, viteza de sedimentare a hematiilor crescută și în sînge, limfocitoză accentuată. Evoluția relativ bună. Tratamentul constă din administrare de tuberculostatice.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a, W. B. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* ed. Maloine, 1956.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Leymon C. W., Michelson H. E. : *Arch. Derm. Syph.* (Chicago), 1940, 42, 625.

BARTON (boală) : **fractura tip Barton.**

Denumită și fractura șoferilor, acest tip de lipsă de continuitate osoasă constă din fracturarea marginii posterioare a radiusului cu deplasarea fragmentelor înapoi și în sus și cu tendință la ankiloza cotului. Numai examenul radiologic executat pe radiografii în pozițiile oblice, poate preciza sediul fracturii. Acest gen de fractură este determinat de lovitura pe care o primește antebrațul în timpul pornirii motorului, din partea manivelei, la nivelul articulației cubito-carpiene.

1. Collonna P. C. : *Reg. Orthoped. Surg.,* 1950, 1, 268.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic,* Berlin, 1931.

BARTSCHI-ROCHAIX (sindromul lui) : **vezi sindromul Barré-Liéou.**

BASEDOW (boala lui) : **hipertiroidism ; tireotoxicoza; gușa toxică ; gușa exoftalmică ; boala lui Parry ; boala lui Graves.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-o hiperactivitate și o hipersecreție a glandei tiroide, asociat de obicei cu o hipertrofie sau cu o hiperplazie a corpului tiroid. Etiologia este rău cunoscută. S-ar putea produce în urma unei hiperproducții hipofizare de tireostimulină, declanșată de o perturbare a echilibrului neuroendocrinian (menopauză, traumatism, șoc emoțional, intoxicație) sau din cauza unei hiperproducții de hormon tiroidian, independentă de tireostimulină. Histopatologic se observă : hiperplazia difuză a glandei tiroide care poate fi limitată la unul sau mai mulți noduli. Tabloul clinic este dominat de gușă, tulburări cardio-vasculare, exoftalmie și alte semne oculare, tremurături, tulburări neuro-psi-

Scanned with OKEN Scanner

hice, genitale, musculare, digestive etc. Diagnosticul se pune pe următoarele date de laborator: creşterea metabolismului bazal, creşterea iodului legat de proteine (PBI), fixarea crescută a radioiodului, diminuarea urinară de radioiod, hipocolesterolemie, glicozurie, creatinurie, achlorhidrie, etc. Evoluţia este progresivă. Tratamentul constă din administrare de antitiroidiene, intervenţie chirurgicală.

1. Greer M., Wilson G. M.: *Brit. Med. J.*, 1964, 5 389, 10 059.
2. Ingbor S. H.: *New England J. Med.*, 1966, 274, 1 252.
3. Means J. H.: *The Thyroid and its Diseases.* Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1948.
4. Pinchera A., Puichera M. G., Stanbury J. B.: *J. Clin. Endocrinol.*, 1965, 25, 189.

BASEDOW (boala sau sindromul lui): **mixedemul tuberos pretibial.**

Este o boală ce se caracterizează clinic prin prezenţa unor infiltrate tuberoase, plate şi rău delimitate ce apar la nivelul feţelor anterioare ale gambelor. Afecţiunea este determinată de hipersecreţia de hormon tireotrop şi apare atît după ablaţia chirurgicală a unei tiroide în hiperfuncţie, cît şi după roentgenterapie sau administrarea unor medicamente antitiroidiene.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Quervain F. De: *Spezielle chirurgische Diagnostic*, Berlin, 1931.
3. Watrin J., Merand A., Bordenave P.: *Ann. Derm. Syph.*, 1958, 78, 23.

BASEL-HAGEN (boala lui): **agenezia extremităţii inferioare a cubitusului.**

Este o hipoplazie congenitală mai mult sau mai puţin importantă a capului distal al cubitusului. În afară de această malformaţie, capul proximal al acestui os este efilat şi alungit. Concomitent cu aceste anomalii se observă atrofia muşchilor antebraţului, curbarea cubitusului sau luxaţia capului său, ceea ce duce la apariţia pe tegumentele regiunii respective a unei tumefieri sau chiar leziuni trofice.

Scanned with OKEN Scanner

1. Besnard J.-Ulveling : *Thèse de médecine*, Paris, 1944, 320.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. scient. franc., Paris, 1966.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

BARTTER (sindromul lui) (1962) : **hiperaldosteronismul secundar.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin accese de slăbire musculară, crize de tetanie, hipertensiune, polidipsie și o poliurie cu eliminarea crescută de aldosteron în urină. În timp ce în hiperaldosteronismul primar cauza bolii este necunoscută, în forma secundară (sindromul lui Bartter), eliminarea crescută de aldosteron poate fi determinată de următoarele circumstanțe : în unele afecțiuni renale, (mai ales în sindroamele nefrotice cu edeme), în insuficiența cardiacă cu edeme, în ciroza hepatică cu edeme și în unele cazuri de hipertensiune arterială. Examenele de laborator pun în evidență existența unei hipokaliemii, hipernatremii, alcaloză, hiperaldostenurie. Prognosticul și evoluția bolii depinde de cauza primară care a determinat apariția sindromului și de tratamentul aplicat.

1. Jores A., Nowakowski H. : *Praktische Endocrinologie*, Stuttgart, 1960.
2. Klaus D. și colab. : *Klin. Wschr.*, 1971, 49, 32, 1 280.
3. Trübstein G. K. : *Munchener med. Eschr.*, 1972, 114, 14, 629.
4. White M. G. : *Arch. of Int. Medicine*, 1972, 129, 1, 41.
5. Wolff H. P. : *Klin. Wschr.*, 1964, 42, 711.

BASSEN-KORNZWEIG (boala lui) : **hipobetalipoproteinemia familială ; abetalipoproteinemia ; acantocitoza.**

Afecțiune descrisă în 1950 de către Bassen și Kornzweig, hipobetalipoproteinemia se caracterizează prin asocierea unei retinite pigmentare atipice cu acantocitoză, steatoree și ataxie progresivă. Este o boală ereditară autosomală datorită unei alfa-beta-hipoproteinemii, produsă de o tulburare de origine genetică în fabricarea aproteinei specifice necesare transportului lipidelor. În forma sa severă, boala ia aspectul unei afecțiuni

Scanned with OKEN Scanner

demielinizante progresive a sistemului nervos central, cu deficit muscular, sindrom piramidal și ataxie. Tabloul clinic se manifestă prin semne de boală celiacă în prima copilărie, care dispare după cîțiva ani. Ulterior, apare o retinită pigmentară atipică și un tablou neurologic similar ataxiei lui Friedreich. Se descrie de asemenea și o anomalie eritrocitară care constă din celule deformate cu prelungiri mari și grosolane ce dau înfățișarea de sferocite cu pseudopode. Prognostic nefavorabil.

1. Bassen F. A., Kornzweig A. L. : *Blood*, 1950, 5, 381.
2. Estes J. W., Morley T. J., Levine I., Emerson C. : *American J. Medicine*, 1967, 42, 6, 868.
3. Gritchley E. M., Clark D. B., Wikler A. : *Arch. Neurol.*, 1968, 18, 1, 143.
4. Lamy M., Frezal J., Polonowski J., Rey J. : *Presse méd.*, 1961, 69, 1 511.
5. Mars H., Williams G. H., Lewis L. A., Robertson A. L., Butkus A. : *Amer. J. of Medicine*, 1969, 46, 6, 886.
6. Sass J. K., Itabashi H. H., Dexter R. A. : *Arch. Neurol.* (Chicago), 1965, 13, 639.

BATEMAN (sindromul lui) : **forma eritemato-veziculară sau hydroa veziculară a lui Bazin ; herpes iris.**

Este o formă de eritem polimorf și anume, forma eritemato-veziculară, ce se caracterizează prin leziuni sub formă de cocardă, centrate de bule și înconjurate de un inel veziculos și unul roș.

1. Bloom A., Lovel T. W. : *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1964, 57, 175.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique*. Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.
3. Gracianski J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, II, 1952.
4. Shelley W. B. : *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 54.
5. Slikar G. : *Arch. Dermat.*, 1965, 92, 495.

BATAILLE (boala lui) : **paradentoza din keratodermiile palmo-plantare.**

Boală ereditară cu caracter recesiv ce apare în copilărie, manifestîndu-se prin pierderea dinților de lapte, apoi a celor permanenți, imediat după erupția lor. Copiii, în jurul vîrstei de 15 ani, devin complet edentați. În aceste cazuri, ală-

Scanned with OKEN Scanner

turi de aceste tulburări, se mai pot observa leziuni de keratoză palmară și plantară determinate de o îngroșare anormală a stratului cornos al epidermului, însoțită de o descuamație mai mult sau mai puțin evidentă. Nu se observă leziuni endocriniene evidente. În grupul keratodermiilor palmo-plantare se descriu trei forme: boala lui sau de Meleda (în care leziunile dentare lipsesc), boala lui Papillon-Lefèvre (keratodermia cu leziuni alveolodentare) și keratodermia lui Thost-Unna, fără leziuni dentare, însă ereditară și cu mod de transmitere dominant.

1. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Masson edit. Paris, 1962.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

BATEMAN (boala lui): **purpura senilă.**

Este o purpură vasculară normotrombică, care se observă de obicei la bătrîni, fiind localizată de predilecție la nivelul gambelor. Se datorește unei deficiențe din partea țesutului de susținere. Atît timpul de sîngerare cît și cel de coagulare este normal. Numărul și calitatea plachetelor sanguine sînt în limite normale. Purpura se accentuează în poziția în picioare pentru a diminua sau chiar a dispare în decubitusul dorsal. Nu are tratament specific.

1. Stefanini M.: *Amer. J. Med.*, 1953, 14, 64.
2. Tocatius L. M.: *Ann. Surg.*, 1947, 125, 292.
3. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, 3rd. ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1961.

BATTEN (boala lui): **ataxia cerebeloasă congenitală.**

Este o boală neurologică determinată de o hipoplazie congenitală a cerebelului. Se manifestă clinic printr-o ataxie cerebeloasă ce se traduce clinic prin tremor intens, tulburări de vorbire și o adinamie importantă. Prognostic infaust. Nu are tratament.

1. Bartschi-Rochaix W.: *Neurologische Diagnostik.* Basel, 1952.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, Paris, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

4. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II, Editura Medicală, Bucureşti, 1957.

BATTEN-MAYOU (boala lui) : **idioţia amaurotică juvenilă ; boala lui Vogt-Spielmeyer (vezi).**

BATTEN-TURNER (sindromul de tip) : **miopatia congenitală tip Batten-Turner.**

Este o afecţiune neuro-musculară caracterizată printr-o slăbire progresivă, o atrofie aparentă musculară iniţială şi apoi reală. Etiologia bolii este necunoscută. Transmisia bolii are caracter ereditar şi familial. Din punct de vedere histopatologic se remarcă o atrofie sau din contra o tumefiere şi o umflare a fibrelor musculare, proliferarea ţesutului conjunctiv. Din punct de vedere simptomatologic, boala se manifestă printr-o slăbire musculară cu debut în copilărie, diminuarea forţei musculare, diminuarea reflexelor osteo-tendinoase şi creatinurie.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*. 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson et C-ie, Paris, 1971.
4. Mendell J. R., Engel W. K., Derrer E. C. : *Nature*, 1972, 239, 522.

BATY-VOGT (sindromul lui) : **osteoporoza juxtaepifizară ; benzile lui Baty-Vogt.**

În cursul leucemiei acute, mai ales la copil, pe lîngă celelalte semne caracteristice ale acestei boli, mai există şi numeroase modificări la nivelul oaselor. În afară de proliferare periostală (contur dublu), transparenţă cu aspect de carii şi procese osteosclerotice în striuri, mai există clarificări în bandă la nivelul spongioasei primare a metafizei, cunoscute sub denumirea de benzile lui Baty-Vogt sau osteoporoza juxtaepifizară. Aceste modificări apar cu predilecţie la nivelul oaselor lungi.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Editura Medicală, Bucureşti, 1965.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
4. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie*. München–Berlin, 1951.

BAUMANN-LOEPER (sindromul lui) (1942): **sindromul abdomino-vascular; leiastenia.**

Este un sindrom clinic descris în anul 1942, ce se caracterizează simptomatologic printr-o atonie gastrointestinală importantă, flatulență, constipație, hipotensiune, dilatarea pupilelor (midriază), atonie musculară și diminuarea reflexelor. Afecțiunea de mai sus este cauzată de o insuficiență excretorie a lobului posterior al hipofizei. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Bockus H. W.: *Gastroenterology*, Philadelphia, 1944.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.

BAUMGARTEN-CRUVEILHIER (boala lui): **hipoplazia sistemului venos port și persistența venei ombilicale.**

Maladie congenitală rară, boala lui Baumgarten-Cruveilhier, apare în copilărie și se caracterizează printr-o hipoplazie a sistemului venos port și persistența venei ombilicale. Aceasta suferă o dilatare importantă determinînd apariția unui „cap de meduză" și a unui suflu venos. De multe ori boala se însoțește de un hipersplenism.

1. Bockus H. W.: *Gastroenterology*, Philadelphia, 1944.
2. Eppinger H.: *Die Leberkrankheiten*, Wien, 1937.
3. Schmid M.: *Therap. Umsch.*, 1961, 18, 189.

BAYLE (boala lui): **paralizia generală; meningoencefalită sifilitică difuză; paralizia progresivă; demența paralitică.**

Este o formă de sifilis nervos caracterizată prin leziuni ale encefalului și ale meningelor, care determină apariția unor tulburări neurologice motorii și psihice. Boala este mai frecventă la bărbat decît la femeie și apare de obicei după 15—20 ani de la șancrul sifilitic. În perioada de stare, tabloul clinic se caracterizează prin tulburări neurologice, cum ar fi disartria, tremurături ale mîinilor, mersul ezitant, pareze tranzi-

Scanned with OKEN Scanner

torii, hiperreflexie tendinoasă, tulburări ale sensibilității superficiale și prin tulburări mintale ca: demență, delir de grandoare, stări melancolice sau maniacale. Din punct de vedere biologic, se remarcă uneori pozitivitatea reacțiilor serologice, iar în lichidul cefalorahidian hiperalbuminoză cu reacțiile Pandy și Weichbrodt pozitive, limfocitoză etc. Prognosticul este sumbru. Tratamentul specific poate prelungi evoluția bolii.

1. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Masson C-ie, 1963.

BAZIN (sindromul lui): **hidroa veziculară; forma eritemato-veziculară a eritemului polimorf; sindromul lui Bateman (vezi).**

BAZIN (boala lui): **foliculita keloidiană a cefei; acneea keloidiană; dermatita papilară; foliculita Ehrman.**

Boala este determinată de o infecție a foliculilor piloși cu stafilococ, care facilitează apariția unor microabcese intra și perifoliculare, mai ales la granița dintre zona pilară și cea liberă a pielii capului. În urma acestor abcese rămîn o serie de cicatrice keloidiene, cu aspect dizgrațios. Tratament simptomatic și antiinfecțios.

1. Adamson H.: *Brit. J. Dermat.*, 1914, 26, 69.
2. Carney R. G.: *JAMA*, 1963, 186, 646.
3. Lerner M. R., Lerner A. B.: *Dermatologic Medications*, ed. II-a, Year Book, 1960.
4. Shelmire D. S., Harrell E. R.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 202.

BAZIN (boala lui): **eritemul indurat al scrofuloșilor; eritemul indurat; tuberculoza cutanată indurativă; eritemul indurativ.**

Este o afecțiune dermatologică mai frecventă la femeile tinere. Se manifestă sub forma unor noduli cutaneo-subcutanați dureroși la presiune, care apar mai ales pe fața flexorie a gambelor. Cauza acestei afecțiuni este diseminarea hematogenă a bacilului tuberculos, care pe lîngă alte

Scanned with OKEN Scanner

tulburări circulatorii, ectazii venoase, marmorare, acrocianoză etc., mai produce și acești noduli. Evoluția nodulilor este cronică și recidivantă. Ea nu influențează starea generală a bolnavului, care rămîne foarte bună. Tratamentul constă din administrare de antituberculostatice.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, Philadelphia, 1969.
3. Kapuscinski S. : *Pam 12 Zjazdu Pol. Tow. Dermat.*, 1948, 138.

BAZIN (boala lui) : **hidroa vacciniformă.**

Boală congenitală, mai rar întîlnită, debutează de obicei la vîrsta de 2—5 ani și se datorește unei hipersensibilități față de razele solare, care determină pe suprafețele cutanate descoperite, în special primăvara și vara, un eritem și papule, ce ulterior se transformă în vezicule de diferite mărimi, cu depresiuni în centru. Ele lasă în urma lor o cicatrice centrală. Boala se întovărășește de porfirinurie periodică și diferite deficiențe funcționale hepatice. La locul cicatricelor, apar mai tîrziu, zone cutanate atrofice sau de dermatoscleroză. Uneori, leziunile descrise la nivelul porțiunilor descoperite ale pielii, se pot extinde și pe cornee, mucoasa bucală sau conjunctivală.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a, W. B. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, edit. Maloine, 1956, Paris.
3. Epstein J. : *Invest. Dermat.*, 1942, 5, 187.
4. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957, 93.

BAZIN (sindromul lui) : **calazodermia ; tegumentele laxe ; tegumentele atîrnînde ; calodermia Ketly ; dermatocalazia.**

Este o afecțiune dermatologică ereditară, familială și congenitală care se observă cel mai adeseori în cursul evoluției bolii lui Recklinghausen. Se caracterizează clinic printr-o flaciditate importantă a pielii, numai în anumite regiuni ale corpului, care îmbracă forma unor pliuri cutanate care atîrnă ca niște mîneci și care, de obicei, sînt pigmentate brun-roșietic. Evoluție bună. Nu are tratament.

Scanned with OKEN Scanner

1. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
2. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.
3. Siemens H., Eindhorn C. : *Arch. Derm. Syph.*, 1942, 183, 135.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

BÉAL (boala lui) : **conjunctivita acută cu foliculi tip Béal ; conjunctivita foliculară acută.**

Este o boală oculară care apare de obicei la adulți și se traduce clinic printr-un debut brusc cu febră, adenopatie preauriculară și conjunctivită mai întîi la un ochi, apoi, peste 2—5 zile, și la celălalt. Vindecarea se face, după o evoluție de 1—3 săptămîni lent sau numai uneori brusc, așa cum a debutat. Etiologia bolii este virală. Afecțiunea este asemănătoare din punct de vedere etiopatogenic cu febra faringo-conjunctivală. Tratamentul este simptomatic.

1. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Masson C-ie, Paris, 1970.
2. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Edit. Masson C-ie, Paris, 1969.
3. Thygeson P., Jawetz E. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1957, 43, 4/II, 161.

BEARD (boala lui) : **neurastenia.**

După M. Feighin, boala lui Beard este o denumire istorică, care astăzi nu se mai întrebuințează, ce definește neurastenia. Această entitate nosologică cuprinde mai multe forme : neurastenia cerebrală, neurastenia digestivă, neurastenia sexuală, spinală, isterică și traumatică.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.

BEAUVIEUX (boala sau sindromul lui) : **întîrzierea mielinizării nervului optic.**

Este o boală oftalmologică întîlnită la sugar, care se datorește unei întîrzieri a mielinizării nervului optic. Copilul se naște aparent orb, nu prezintă reflexul foto-motor. Papila este colorată cenușiu din cauza lipsei de mielinizare a nervului optic. În cursul următoarelor luni, vederea apare progresiv, iar papila își recapătă colorația normală. Numai rareori, sindromul lui Beauvieux este pur. În unele cazuri, sugarul prezintă o pa-

Scanned with OKEN Scanner

pilă normală, însă dezvoltarea vederii se face în timp foarte îndelungat. Nu are tratament specific.

1. Asseman R. : *La maladie de Leber.* Thèse, Lille, 1958.
2. Brégeat P., Bonamour G. și colab. : *La papille optique.* Masson C-ie 1968.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

BECHTEREW (boala lui) : **spondilartrita anchilozantă; boala lui Pierre Marie-Strümpell ; spondilita anchilozantă ; spondiloza rhizomelică.**

Este o boală a individului tînăr caracterizată prin prezența unor artrite intervertebrale care determină o anchiloză vertebrală completă și anchiloza mai mult sau mai puțin totală a rădăcinii membrelor cu integritatea micilor articulații. Spondilartrita anchilozantă se întîlnește mai frecvent la bărbații tineri (1 femeie la 10 bărbați). Debutează rar după vîrsta de 40 ani. După Kellgren, diagnosticul unei spondilartrite anchilozante este confirmat prin prezența a 4 din cele 6 grupe de simptome: dureri și rigiditate în regiunea sacrată fără ameliorare la repaus, dureri și rigiditate la nivelul toracelui, mobilitatea redusă a coloanei vertebrale, expansiunea redusă a cuștii toracice, irita recidivantă, modificări radiologice la nivelul articulațiilor sacro-iliace bilaterale tipice spondilartritei anchilopoetice. Un simptom cardinal al acestei boli este durerea matinală în regiunea sacrată, care trezește bolnavul la orele 3—4 dimineața și-l forțează a se mișca. Diagnosticul precoce se pune pe baza tabloului clinic și a pozitivității semnelor lui Mennell și a lui Schober. Tratamentul precoce cu derivați pirazolici, mai ales cu butazolidină și o fizioterapie dozată cu atenție pot opri procesul de evoluție a bolii.

1. Blumberg B., Ragan C. : *Medicine,* 1956, 35, 1–31.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
3. Ott J. și colab. : *Z. Rheumaforsch.,* 1965, 24, 241.
4. Ward L. E. : *Arthritis and Rheumatism.* 1963, 6, 650.

BECHTEREW (boala lui) : **cifoza traumatică ereditară.**

Scanned with OKEN Scanner

Este un sindrom clinic caracterizat printr-o gibozitate moderată consecutivă unui traumatism al coloanei vertebrale, determinată de ruperea ligamentului anterior lung al coloanei și osificarea lui ulterioară. Această osificare poate determina, în raport cu gradul său, diferite tulburări motorii și senzitive, din cauza compresiunii pe care o produce procesul de reparație osoasă. Tratamentul constă din fizioterapie și gimnastică medicală.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* 1949.

BECKER-KIENER (boala lui) : **miopatia cu evoluție lentă Becker.**

Este o musculodistrofie ereditară cu transmitere recesivă X cromosomială. Afecțiunea face parte din grupul musculo-distrofiilor care se caracterizează prin modificări degenerative ale fibrei musculare, cu evoluție mai mult sau mai puțin rapidă, însă fatală, de etiologie necunoscută, însă cum s-a mai spus, cu caracter ereditar. În grupul acestor distrofii musculare intră : tipul I (miopatia facio-scapulo-humerală), tipul II (miopatia centurilor și a rădăcinilor) și tipul III. Acesta din urmă se divide în tipul III a (miopatia de tip Duchenne) și tipul III b (miopatia cu evoluție lentă de tip Becker). Tabloul clinic se caracterizează printr-o scădere a forței musculare predominantă la rădăcinile membrelor, hiperlordoză, greutate în mers, pseudohipertrofia unor grupe musculare. Boala evoluează mai lent în tipul Becker, care este considerată o formă clinică lentă și benignă a bolii lui Duchenne.

1. Adams R. D., Denny Brown D., Pearson C. M. : *Diseases of muscle.* Harper, New-York, 1962.
2. Becker P. E. : *Acta Genet. Med.* (Roma), 1957, 7, 303.
3. Belaisch G. : *Revue Pediatr.*, 1969, 5, 387.
4. Mumenthaler M. : *Schweiz. Med. Wschr.*, 1966, 96, 960.

Scanned with OKEN Scanner

BECK-KASHIN (boala lui) : **distrofia osteo-articulară.**

Este o osteo-artropatie chimică, care apare în regiunile unde apa conține cantități mai mari de fier. Boala debutează în copilărie, produce întîrzieri în dezvoltare și se întovărășește de leziuni în zonele de creștere encondrală și a articulațiilor respective.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.
2. Man H. : *Wesen und Bedeutung der enchondrale Dysostose,* 1958, 1/8.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BECKER-REUTER (sindromul lui) : **sindromul pigmentar al lui Becker-Reuter.**

Este o boală cu caracter familial care se manifestă încă din perioada copilăriei prin numeroase zone pigmentate brun la nivelul bărbiei, umerilor și gîtului. Aceste pigmentații se accentuează după diferite excitații nervoase. În zonele pigmentate, tegumentele pot prezenta diferite grade de atrofie.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* ed. V-a, W. B. Saunders, 1963.
2. Becker O., Reuter W. : *Arch. Derm. Syph.* (Chicago), 1939, 40, 6, 987.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BECKWITH-WIEDEMANN (sindromul lui) (1963—1964) : **sindromul OMG (omfalocel, macroglosie și gigantism).**

Endocrinopatie de origine diencefalică, sindromul lui Beckwith-Wiedemann se caracterizează prin existența concomitentă a unui gigantism, macroglosie și omfalocel. Copiii cu aceste malformații prezintă de asemenea o serie de tulburări ale organelor interne cum ar fi : o citomegalie a corticosuprarenalei, o hiperplazie a celulelor interstițiale ale gonadelor, tulburări ale medularei renale, precum și gigantism visceral. Copiii bolnavi de această afecțiune pot prezenta și malformații ale diafragmului, precum și hipogli-

Scanned with OKEN Scanner

cemie. Majoritatea indivizilor atinşi de această afecţiune nu ajung vîrsta adultă. Ei mor din cauza neoplasmelor intraabdominale sau de infecţii intercurente.

1. Cohen M. M. şi colab. : *Amer. Dis. Child.*, 1971, 122, 515.
2. Eaton W., Maurer B. : *Amer. J. Dis. Child.*, 1969, 106, 171.
3. Knipers B. şi colab. : *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*, 1972, 40, 156.
4. Wiedemann A. : *Z. Kinderheilkunde*, 1969, 106, 171.

BEDNAR (boala lui) : **ulcerele traumatice ale palatului dur ; ulcerele pterigoide.**

Este o afecţiune care se manifestă prin existenţa unor ulceraţii simetrice situate pe marginea posterioară a palatului dur. Apar sub formă de afte la nivelul cavităţii bucale a noilor născuţi. Evoluţie bună.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală Bucureşti, 1965.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală Bucureşti, 1967.
3. Mamrot A. : *Med. Krom. lek.* 1912, 17, 344.

BEHÇET (sindromul lui) (1937) : **sindromul oculo-buco-genital ; sindromul Gilbert-Behçet, sindromul Adamantiadis-Behçet.**

Afecţiune rară, descrisă în 1937, se întîlneşte mai frecvent la tînărul adult şi la sexul masculin. Boala asociază o aftoză bucală şi genitală cu semne oculare şi cîteodată cutanate (noduli, pseudofoliculită necrotică, hipersensibilitate cutanată). Etiologia bolii pe care dermatologii francezi o separă net de formele majore de eritem polimorf (ectodermoza pluriorificială a lui Fiessinger-Rendu, sindromul Stevens-Johnson) rămîne misterioasă. Nu a fost demonstrată originea virală. Numeroase date imunologice, încă imprecise, tind a o apropia de bolile de sistem. Evoluţia este îndelungată. În unele cazuri, manifestările neurologice sînt pe primul plan : sub formă de meningită sau de meningoencefalită. Tratamentul constă din administrare de corticosteroizi sau antipaludice de sinteză. Acestea pot aduce unele ameliorări clinice şi biologice.

Scanned with OKEN Scanner

1. Belaich St. : *Syndrome de Behçet*, Rev. Prat., 1969, XIX, 30, 4375.
2. Behçet Ch. : *Dermatologica*, 1940, 81, 73.
3. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Ed. Masson C-ie, 1962, Paris.
4. Godeau P., Herreman G., Benismail M., Levassor M., Metzger J.-P. : *Nouv Presse Méd.* 1972, 1, 39.
5. O'Duffy J. D., Carney J. A., Deodhar S. : *Annals of internal medicine* 1971, vol. 75, 4, 561.
6. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

BEHR (boală) : **forma clinică presenilă a bolii lui Stargardt (eredo-degenerescența corioretiniană cu predominență tapeto-retiniană centrală) (vezi).**

BEHR (sindrom) : **forma clinică a eritemului proeminent durabil Crocker-Williams (vezi).**

BEHR (boala lui) : **atrofia nervilor optici la vîrsta copilăriei.**

Este o boală familial-ereditară care se manifestă în copilărie (3—13 ani) sub forma unei diminuări treptate a vederii, fără cecitate completă. Fundul de ochi, mai întîi hiperemic, arată atrofia nervului optic. Leziunile funcționale se stabilizează ulterior. Se pot observa în același timp defecte de dezvoltare, cataractă congenitală, înfundarea unilaterală a globilor oculari, asimetria feței, criporhidie etc. Etiologia este necunoscută. De multe ori simptomele oculare se întovărășesc de simptome cerebeloase (dificultăți în mers) și semnul lui Babinski pozitiv.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală București, 1965.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală București, 1967.
3. Majkowski J. : *Klin. Oczna*, 1959, 29, 403.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

BEHR (boala lui) : **degenerescența familială a petei galbene.**

Este o boală oftalmologică cu etiologie necunoscută, cu caracter ereditar și familial, ce se manifestă printr-o degenerare a petei galbene, care apare de obicei după maturarea sexuală, la vîrsta de 20—30 ani sau mai rar, între 40—50 ani.

Scanned with OKEN Scanner

1. Kozlowski B. : *Klin Oczna*, 1958, 28, 49.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Masson C-ie, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

BELL (boală) : **paralizia facială periferică.**

Această afecțiune care se observă de cele mai multe ori după expunerea la frig a feței, pare a fi determinată de o infecție latentă ce se manifestă la frig, cauzată, poate de un virus neurotrop. Se mai observă această afecțiune în cursul infecțiilor auriculare, în tumorile parotidei și ale unghiului ponto-cerebelos, fractura stîncii, meningita tbc, etc. Paralizia periferică interesează toți mușchii feței, spre deosebire de cea centrală, care respectă partea superioară a feței, datorită parcursului fibrelor nervoase. Pe lîngă simptomele motorii, în cursul bolii se pot adăuga și tulburări de ordin senzitiv : diminuarea senzației de gust, hiperacuzie și fenomene secretorii crescute (glandele lacrimale). Tratamentul constă din administrare de antiinflamatorii, fizioterapie etc.

1. Cawthorne T. : *Laryngol.*, 1946, 56, 653.
2. Kettel K. : *Arch. Otolaryngol.*, 1947, 46, 727.
3. Saunders W. H. : *Arch. Otolaryngol.*, 1963, 78, 35.
4. Wartenberg R. : *Archiv Neurol. and Psychiatr.*, 1946, 55, 439.
5. Winokur S. : *South M. J.*, 1963, 56, 959.

BELL (boala lui) : **psihopatia maniacală acută.**

Este o psihopatie maniacală acută, fără etiologie precizată, care evoluează grav determinînd moartea individului prin epuizarea fizică totală a organismului.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală București, 1967.

BENEDIKT (sindromul lui) : **hemiplegia pedunculară.**

Este o hemiplegie pedunculară caracterizată printr-un hemisindrom cerebelos și cu tremurături ale membrelor paralizate. Boala este determinată de leziuni ale zonei supraiacente ale piramidei, a nucleului roșu și a rădăcinii nervilor perechii a III-a. Se traduce clinic prin : hemiplegie controlaterală completă (față și membre), paralizie homolaterală a perechii a III-a (strabism și ptoză) și hemisindrom cerebelos și hemitremurături contralaterale.

Scanned with OKEN Scanner

1. Allen A. M., Moore M., Daly B. B. : *New England J. Med.*, 1940, 223, 324.
2. Cecil Russel : *A textbook of medicine.* W. B. Saunders, 1955.
3. Roden E. A., Bickford R. G., Swien H. J. : *Arch. Neurol. and Psychiat.* 1953, 69, 743.

BENJAMIN (sindromul lui) (1911) : **eritroblastopenia constituțională ; eritroblastopenia esențială ; anemia constituțională ; sindromul lui Joseph-Blackfan-Diamond.**

Este o eritroblastopenie esențială asemănătoare cu eritroblastopenia lui Glanzmann, de care se deosebește numai prin faptul că pe lîngă simptomatologia hematologică, bolnavii afectați de această maladie, mai prezintă și diferite malformații și îmbracă aspectul mongoloid. Se mai remarcă de asemeni o paliditate importantă a pielii și o splenomegalie moderată. Tabloul hematologic se caracterizează printr-o anemie hipocromă, anizocitoză și absența oricărui semn de regenerare medulară a seriei eritrocitare. Boala este foarte gravă. Etiologia este incertă : se acuză în unele cazuri, infecția luetică.

1. Benjamin E. : *Verh. Deutsch. Ges. Kinderheilk.*, 1911, 119.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie Paris, 1963.
3. Ganzoni A. : *Praxis*, 1964, 53, 591.
4. Heilmeyer L. : *Internist* (Berlin), 1960, 1, 223.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, Philadelphia, 1961.

BENNHOLD-PETERS-ROTH (boala lui) : **analbuminemia.**

Este o boală prin defect metabolic înnăscut, caracterizată prin absența totală a albuminei din ser. Tabloul clinic este șters, singurul semn important fiind doar absența serumalbuminei. Boala pare a fi transmisă ca un caracter autosomal recesiv. Nu s-au observat modificări ale nivelului serumalbuminei printre heterozigoți. Nu are tratament. Rezultate bune pot fi obținute cu plasmă și serumalbumină.

1. Bennhold H., Peters H., Roth E. : *Verh. Deutsch. Ges. Inn. Med.*, 1954, 60, 630.
2. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală București, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

3. Gordon R. S. jr. și colab. : *Ann. int. Med.*, 1959, 51, 553–576.
4. Hsia D. Y–Y : *Inborn Errors of Metabolism.* Year Book, 1966.

BER (sindromul lui) : **sindromul genunchilor și al coatelor murdare.**

În cursul evoluției bolii lui Basedow, în mod spontan, sau în timpul aplicării tratamentului cu substanțe antitiroidiene, pe lîngă apariția unui mixedem circumscris al gambelor, se mai poate observa o îngroșare a epidermului la articulația genunchilor și a coatelor și hiperpigmentarea lor, care le dă un aspect murdar.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. McKenzie J. M. : *Endocrinology*, 1958, 62, 377.
3. Milcu Șt., Teodorescu Șt., Radian N., Vulcan P., Stancu H., Covîrnache Aspazia : *Derm-vener.* Buc., 1966, vol. 1, 4, 310.
4. Williams R. H. : *Textbook of endocrinology.* W. B. Saunders, Phil. 1950.

BERARDINELLI (sindromul lui) : **gigantismul disproporționat.**

Este un gigantism întovărășit de o dezvoltare exagerată a organelor genitale, fără dezvoltarea proporțională a caracterelor sexuale secundare. În afară de aceste tulburări, se mai observă de asemenea flebomegalie, localizarea coccigiană a anusului, spleno și hepatomegalie și hiperlipidemie. Boala este congenitală. Nu are tratament.

1. Burns Th. W. : *Arch, Int. Med.*, 1959, 104, 930.
2. McKenzie J. M. : *Endocrinology*, 1958, 62, 398.
3. Selye H. : *J. Clin. Endocrinol.*, 1946, 6, 117.
4. Williams R. H. : *Textbook of endocrinology.* Philadelphia. W. B. Saunders Comp., 1950.

BERGERON (boala lui) : **coreea electrică ; coreea isterică ; sindromul Dubin.**

În cadrul coreei acute a lui Sydenham se descrie și această formă, care de fapt aparține capitolului miocloniilor și care se manifestă prin febră, cefalee, mioclonii ale feței și extremităților, uneori paralizii de tip periferic și dureri de-a lungul coloanei vertebrale dorsale. Boala, al cărei prognostic este destul de rezervat, se pare că este cauzată de o encefalită.

Scanned with OKEN Scanner

1. Bittenbender J. A., Quadfasel C. : *Arch. Neurol.*, 1962, 27, 275.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
5. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală Bucureşti, 1967.
6. Symposium of Huntigton's chorea : *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* 1955, 30, 349–370.

BERGERON-HENOCH (boala lui) : **coreea electrică Bergeron-Henoch.**

O boală a sistemului nervos, cu etiologie variabilă al cărei simptom dominant constă din mişcări involuntare cu caracter segmentar, aritmic, dezordonate şi lipsite de finalitate. Această formă clinică de coree este extrem de rară, are o evoluţie benignă. Etiologia este neprecizată (manifestare psihopatică sau encefalită cronică). Survine mai ales la copii şi se manifestă clinic prin contracţii musculare involuntare, explozive, ritmice, asemănătoare descărcărilor electrice.

1. Baird H. W. : *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705.
2. Costeff H. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 1410.
3. Keith H. M. : *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 895.
4. Milichap J. G., Bickford R. G. : *JAMA*, 1962, 182, 523.
5. Rasmussen T., Gossman H. : *Neurology*, 1963, 13, 659.

BERGERON (sindromul lui) : **limba geografică ; descuamarea marginată aberantă în zone Brocq ; glosita exfoliativă marginată.**

Este o afecţiune dermatologică care apare în copilărie sau la adultul tînăr şi se caracterizează printr-o limbă pe a cărei suprafaţă apar zone cu contur geografic, colorate roşu-viu, înconjurate de un halo alb-cenuşiu şi depapilate. Zonele acestea se modifică, schimbîndu-şi aspectul de la zi la zi. Afecţiunea este indoloră. Nu se cunosc cauzele acestei afecţiuni, care este mai frecventă la femei. Se crede că limba geografică s-ar datora unor tulburări trofice, endocrine sau unui deficit de vitamine din grupul B.

Scanned with OKEN Scanner

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
2. Kyrileis W. : *Dtschmed. Wschr.*, 1954, 79, 1645.
3. Kwiatkowski L. : *Przegl. lek.*, 1903, 24, 357.

BERGSTRAND (sindromul lui) : **boala destructivă a osului.**

Este o boală destructivă a osului, de etiologie necunoscută, care interesează mai ales sexul masculin, între 20—40 ani. Unii includ boala în grupul leziunilor inflamatorii, alţii în grupul tumorilor benigne. Leziunea histologică se caracterizează prin prezenţa în ţesutul osos a unei zone de ţesut conjunctiv reticulat, care se poate transforma în ţesut osteoid. Boala se manifestă clinic prin dureri osoase cu paroxisme nocturne, mai ales la nivelul femurului şi al tibiei. Examenul radiologic pune în evidenţă în oasele lungi chisturi în forma spongioasă şi geode în forma zisă compactă. Diagnosticul diferenţial se face cu osteomielita, chistul lui Brodie şi sarcomul osos. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
3. Lichtenstein L. : *Bone Tumors*, ed. III-a, Mosby, 1965.
4. McKenna R. J., Schwinn C. P., Higinbotham N. L. : *California Med.* 1965, 103, 165.

BERIEL-DEVIC-ALAJOUANINE (sindromul lui) : **meningo-neuromiozita.**

Este o afecţiune ce face parte din grupul polinevritelor radiculare infecţioase. Este de fapt, forma pseudomiopatică a polinevritelor radiculare. Ca şi celelalte forme de polinevrită, şi această afecţiune reprezintă o inflamaţie acută sau subacută diseminată, bilaterală şi simetrică a nervilor periferici, care interesează mai ales părţile distale ale membrelor. În afară de tulburările sensibilităţii, ale reflexelor, în această formă, pe primul plan stau perturbările motilităţii, care-i dau afecţiunii un caracter pseudomiopatic. Prognosticul este la fel cu cel din alte forme de polinevrită. Tratamentul constă din administrare de antiinflamatorii, fizioterapie, corticoterapie, etc.

Scanned with OKEN Scanner

1. Heller G. L., De Jong R. N. : *Arch. Neurol.*, 1963, 8, 179–194.
2. Mulder D. W. : *Postgrad. Med.* 1964, 36, 321–329.
3. Wederholt W. C., Mulder D. W., Lambert E. H. : *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 1964, 39, 427–451.

BERLIN (boala lui) : **edemul petei galbene ; comoţia retinei.**

Afecţiune oculară caracterizată prin opacifierea moderată a petei galbene, determinată de rîdarea retinei, apare mai ales după traumatismele retinei. Se prezintă la oftalmoscop ca o cunună radiară formată din benzi alb-palide. Boala evoluează cîteva zile, dispărînd de obicei, fără urmă. Deseori boala evoluează către o leziune tisulară ireversibilă, necrotică, determinînd apariţia altei afecţiuni, sindromul Dukes-Elder. În acest din urmă sindrom, acuitatea vizuală scade.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology.* ed. 7-a W. B. Saunders, 1962.
2. Berens C. : *The eye and its diseases.* W. B. Saunders, 1950.
3. Hogan M. J., Zimmerman L. E. : *Ophtalmic Pathology*, 2nd ed. W. B. Saunders, 1962.
4. Rosenhauch E. : *Postepy. Okulist*, 1908, 10, 319.

BERLOQUE (boala lui) : **dermatita pigmentară de contact cu uleiuri de bergamote.**

Este o afecţiune dermatologică caracterizată printr-o pigmentare cutanată determinată de acţiunea razelor solare asupra unor uleiuri eterice, care se găsesc în diferite parfumuri şi în special în cel de bergamote. Boala se întîlneşte la persoanele care lucrează în industria parfumurilor şi la cele care întrebuinţează aceste uleiuri. Există o sensibilitate personală faţă de aceste uleiuri, întrucît nu toţi indivizii care vin în contact cu aceste substanţe fac, după expunerea la razele solare, această dermatoză. Boala dispare după încetarea întrebuinţării acestor parfumuri.

1. Baer R. L., Harber L. : *JAMA*, 1965, 192, 989.
2. Derbes V. J. : *JAMA*, 1964, 190, 756.
3. Fellner M. J., Baer R. L. : *M. Clin. North America*, 1965, 49, 709.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

5. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

BERNARD (sindromul lui) (1950) : **hemoliza acută familială.**

Este un sindrom hematologic ce se manifestă printr-o anemie. Se întîlneşte la noul născut sau la copil şi survine în crize supra-acute, întovărăşindu-se de icter şi de hemoglobinurie. Se crede că boala s-ar datori unei predispoziţii congenitale la hemoliză. În această boală descrisă în anul 1950, nu s-a putut pune în evidenţă pînă în prezent, nici o anomalie eritrocitară şi examenele imunologice au rămas totdeauna negative.

1. Bernard J. : *Le Sang*, 1950, 21, 206.
2. Dacie J. V. : *The hemolytic Anemias. I. Congenital Hemolytic Anemias.* Churchill, 1962.
3. DeGruchy G. C. : *Clinical Haematology in medical Practice.* 2nd. ed. Blackwell, 1964.
4. Wallerstein R. O., Aggeler P. M. : *Am. J. Med.* 1964, 37, 92.

BERNARD-HORNER (sindromul lui) : **paralizia simpaticului cervical.**

Sindromul Claude Bernard-Horner se observă în leziunile bulbului şi ale măduvei, în siringobulbie, în ocluzia arterei cerebeloase postero-inferioară, în atingerile segmentelor C_8 — D_1 şi a simpaticului gîtului în cursul intervenţiilor chirurgicale. Clinic se traduce prin următoarele simptome : miozis prin paralizia dilatatorului pupilei, îngustarea fantei palpebrale, enoftalmie prin paralizia muşchiului neted al lui Müller şi cîteodată, vasodilatarea şi absenţa de sudorare după o injecţie cu pilocarpină. Reflexul ciliospinal este absent.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie* edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Kreindler A. : *Neurologia* vol. I–II. Editura medicală, Bucureşti, 1957.

BERNARD (sindromul lui Claude) : **sindromul lezionării sistemului nervos simpatic (excitaţia sistemului nervos simpatic).**

Scanned with OKEN Scanner

Spre deosebire de sindromul lui Claude Bernard-Horner, care este determinat de o lezionare a sistemului nervos simpatic, sindromul Claude Bernard se datorește unei excitații a acestui nerv. Se caracterizează clinic prin dilatarea fantei palpebrale, dilatarea pupilei și o ușoară exoftalmie.

1. Merritt H. H. : *A textbook of neurology.* 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
2. Tadros M. A. : *Bull. Ophtalm. Soc. Egypt.*, 1957, 5, 254.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

BERNARD-SOULIER (boala sau anomalia lui): **trombopenie cu distrofie plachetară ; distrofia trombocitară hemoragică congenitală.**

Este o afecțiune cu transmisie autosomală și recesivă caracterizată prin prezența de plachete gigante și o tulburare a tromboplastinei, în ceea ce privește formarea ei. Tabloul clinic prezintă un sindrom hemoragic difuz care se agravează cu vîrsta. Trombopenia apare aici tardiv și este relativ moderată. Timpul de sîngerare este foarte prelungit și există un deficit al factorului 3 plachetar. Se cunosc toate gradele de gravitate, de la formele fruste pînă la cele fatale. Tratamentul constă din administrare de transfuzii sanguine.

1. Bernard J., Soulier J. P. : *Sem. Hôp.* Paris, 1948, 24, 3217.
2. Bernard J. : *Rev. Prat.*, 1965, 17, 415.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

BERNARDT (sindromul lui) : **varietate de atrofie musculară progresivă.**

Este o varietate de atrofie musculară progresivă, caracterizată clinic prin atrofie musculară simetrică ce începe din porțiunea distală a extremităților. Este mai frecventă la bărbați decît la femei. Reflexele osteotendinoase sînt diminuate sau chiar abolite. În această formă, caracterele cele mai importante ale bolii constau în dureri musculare și oboseala mușchilor. Etiologia bolii este necunoscută ; deseori boala are caracter ereditar. Din punct de vedere histopatologic, boala se caracterizează printr-o degenerescență a

Scanned with OKEN Scanner

celulelor motorii din coarnele anterioare ale măduvei. Se observă o atrofie a mușchilor, mai ales a mușchilor mici de la mîini, umăr, etc. Evoluția bolii este lentă și progresivă. Evoluează timp de 20 de ani și mai mult, terminîndu-se cu simptome de invaliditate. Nu are tratament.

1. Adams R. D., Denny-Brown D., Pearson C. M. : *Diseases of the muscle* Harper, 1962, New-York.
2. Demos J. : *Vie méd.*, 1973, 25, 3093.
3. Demos J., Berthelon M. : *Arch. franc. pédiatrie*, 1972, 29, 793.
4. Mendell J. R., Engel W. K., Derrer E. C. : *Nature*, 1972, 239, 522.

BERNARD-ROTH (sindromul lui) : **nevralgia parestezică a nervului femuro-cutanat.**

Este un sindrom neurologic, caracterizat clinic prin parestezii sau dureri la nivelul feței anterioare a coapsei, senzație de amorțeală ca după anestezie și uneori, la unii bolnavi, senzația de cald sau frig. În cursul examenului clinic se constată de asemenea și dureri de-a lungul nervului sciatic. Boala este determinată de o inflamație a nervului femuro-cutanat sau în urma unei compresiuni tumorale (cel mai frecvent abdominale), care se exercită asupra acestui nerv. Prognosticul și tratamentul variază cu etiologia bolii.

1. Grinker R. C., Bucy P. C., Sahs A. L.: *Neurology*, ed. V-a Thomas, 1960.
2. Walshe F. M. R. : *Diseases of the nervous system*, ed. X-a, Williams and Wilkins, 1963.
3. Wechsler I. S. : *A textbook of clinical neurology*, ed. IX-a, Saunders, 1963.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

BERNHEIM (sindromul lui) : **insuficiență cardiacă dreaptă pură produsă de îngustarea ventriculului drept.**

Prin termenul de sindrom Bernheim se înțelege o insuficiență cardiacă dreaptă pură, produsă de o îngustare a ventriculului drept prin hipertrofia sau bombarea peretelui septal ventricular. Acest sindrom se întîlnește în stenoza aortică, în hipertensiunea arterială și mai rar, în tulburările de nutriție ale ventriculului stîng.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul a fost descris prima dată la copii. La adulți, el este cu mult mai rar, în măsura în care criteriile de diagnostic sînt exigente, adică în absența completă a unei insuficiențe ventriculare stîngi.

1. Friedberg C. K. : *Erkrankungen des Herzens.* Thieme, Stuttgart, 1959.
2. Roussek H. J., Zahman B. L. : *Trans. Amer.* Coll. Card., 1953, 100, 3.
3. Routier D.: *Cardiologie*, Paris, 1949.

BERS-CONRAD (sindromul lui) : **halucinația senzorială cronică.**

Este o psihopatie caracterizată clinic printr-o halucinație senzorială cronică. Din cauza senzației permanente pe care o are bolnavul că pe piele i-ar merge diferite insecte, sindromului i se asociază și un delir, care face pe bolnav să creadă că ar suferi de o boală parazitară cutanată (delir parazitar).

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*, vol. I–II, Basic Books, 1959.
2. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry*, Grove, 1961.
3. Fleck U. : *Arch. Psych. Nervenkrankh. und Zschr. Ges. Neurol. Psych.* (Berlin–Gottingen), 1955, 193, 24.
4. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry.* McGraw–Hill, 1963.

BERTOLOTTI (sindromul lui) : **sacralizarea totală sau parțială a vertebrelor lombare.**

Este o afecțiune determinată de sacralizarea totală sau parțială a vertebrelor lombare. Datorită iritației plexului lombar, se produce o simptomatologie clinică caracterizată prin dureri cu iradiație în extremitatea inferioară a coloanei vertebrale și curbarea spatică a acesteia. Tratamentul este antiinflamator, fizioterapic și chirurgical.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Moor B. S. : *I.B.J.S.*, 1925, 7, 271.
3. Ward L. E. : *Arthritis and Rheumatism.*, 1963, 6, 650.

Scanned with OKEN Scanner

BESNIER (boala lui) : **purpura reumatoidă Besnier ; pelioza reumatismală a lui Schoenlein ; purpura abdominală Henoch ; purpura anafilactoidă Schönlein-Henoch-Glanzmann** (vezi).

BESNIER (boală) : **neurodermita circumscrisă ; prurigo Besnier ; lichen cronic Vidal.**

Este o dermatoză care afectează feţele de flexiune ale coatelor, articulaţiile mîinilor, dosul palmelor, degetele, regiunile genitale şi anale. Erupţiile sînt reprezentate de plăci rotunde foarte pruriginoase aşezate pe o bază infiltrată şi acoperite de noduli de culoare roşu mat sau cenuşiu. Uneori, acestea sînt escoriate datorită unui proces de lichenificare. Leziunile se aseamănă cu eczema micotică : focare cu tendinţă la extindere spre periferie, în timp ce părţile centrale devin netede. Tratamentul local cu corticosteroizi ameliorează evoluţia bolii, care este îndelungată şi foarte rebelă la vindecare.

1. Delzant O. : *Vie méd.*, 1967, 48, 1 509.
2. Gracianski P.: *Vie méd.*, 1967, 48, 1621.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală Bucureşti, 1965.
4. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.

BESNIER-BOECK-SCHAUMANN (boala lui) : **lupus pernio ; benignes miliar lupoi ; osteitis tuberculose multiplex cystoides ; maladia lui Mortimer ; febra uveoparatiroidiană ; boala lui Heerfordt ; sarcoidoza ; granulomatoza benignă.**

Sarcoidoza este o boală infecţioasă indolentă şi benignă, de cauză necunoscută, care cuprinde tegumentele, ganglionii limfatici, ochii, glandele salivare, pulmonii şi oasele mîinilor şi picioarelor. Este considerată a fi o reticuloză benignă ale cărei localizări multiple şi diferite arată reacţia sistemului reticulo-endotelial faţă de un agent încă necunoscut. Histopatologic, leziunea elementară este constituită dintr-un tubercul, alcătuit exclusiv din celule epitelioide ieşite din sistemul reticulo-endotelial. Celulele gigante sînt rare şi limfocitele nu se observă decît la periferia leziunilor. Cazeificarea este inconstantă şi cicatrizarea spontană duce la fibroză. Simptomatologia clinică depinde de localizare : localizare

Scanned with OKEN Scanner

cutanată, ganglionară, pulmonară, osoasă, oculară și alte localizări. Diagnosticul se pune pe baza intradermoreacției Kweim și biopsia unui nodul, care este un examen capital. Prognostic bun în 90% din cazuri ; în 10% din cazuri există tendința la cronicizare. Sub tratament cu cortizon și ACTH, formațiile tumorale pot regresa spectacular.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. Edit. W. B. Saunders, 1969.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
3. Longcope W. T. : *JAMA*, 1941, 117, 1321.
4. McClement J. H., Renzetti A. D., Himmelstein A., Cournand A. : *Amer. Rev. Tuberc.*, 1953, 67, 154.
5. Morin M., Rain P. : *Rev. Prat.* XIX, 1969, 3619.
6. Oudet P., Roegel E., Miech G. : *Rev. Prat.*, 1968, XVIII, 335.
7. Pautrier L. M. : *Presse Méd.* 1935, 8, 146.
8. Shulman L. E., Schoenrich E. H., Harvey A. M. : *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1952, 91, 371.

BESNIER (sindromul lui) : **chistadenomul benign ; hidradenomul eruptiv al lui Jacquet-Darier** (vezi).

BESNIER (boala lui) : **purpura reumatoidă ; pelioza reumatismală Schoenlein ; purpura abdominală Henoch.**

Este o formă de purpură, care apare mai ales la copii și care se asociază de obicei cu manifestări alergice : eritem, urticarie, epanșamente seroase subcutanate, submucoase sau intraarticulare. Factorii cei mai frecvent incriminați în apariția bolii sînt : agenții bacterieni (streptococul) sau cei alimentari (carne, lapte, ouă, fragi). Debutul bolii este asemănător unui sindrom infecțios (astenie, febră, anorexie, tulburări digestive). Simptomele principale ale tabloului clinic sînt : purpura, sindromul reumatoid, tulburările abdominale (vărsături, diaree, dureri abdominale violente) și tulburări renale (hematurie, albuminurie și insuficiență renală acută). Prognosticul este benign. Evoluția bolii durează în medie între 1—6 săptămîni. Tratamentul constă din regim alimentar, antihistaminice de sinteză și corticoterapie.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Elemente practice de diagnostic şi tratament.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
2. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* VEB. G. Fischer, Iena, 1969.
3. Filipp G. : *Pathogenese und Therapie allergischer Reaktionen.* Enke Verlag, Stuttgart, 1966.
4. Hansen K., Werner H. : *Lehrbuch der Klinische Allergie.* G. Thieme–Verlag, Stuttgart.

BESNIER (boala lui) : **acneea pilară cicatricială depilantă ; boala lui Brocq ; sicozisul lupoid ; dermatita sicoziformă atrofică Ducrey-Stangiel ; eritem centrifug sicoziform Unna.**

Este o dermatoză ce apare mai ales pe faţă, fiind determinată de o infecţie stafilococică şi care se caracterizează clinic prin prezenţa unei cicatrice atrofice în centrul focarului de infecţie. Este foarte rebelă la tratament.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a. W. B. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* edit. Maloine, Paris 1956.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.

BESNIER (boala lui) : **sarcoid după degerătură ; lupus pernio ; sarcoides pernio.**

Afecţiune dermatologică determinată de degerături şi produsă în urma unei reactivităţi cutanate speciale. Se caracterizează clinic prin prezenţa unor focare infiltrative, albăstrui, simetrice, pe nas, obraji, pavilioanele urechilor şi la degetele mîinilor. Uneori se pot observa de asemenea flictene care se ulcerează. Boala este mai frecventă la bărbat decît la femeie. Tratamentul constă din aplicaţii locale cu alcool camforat, vitamina A şi tratament general cu vitamina A şi vitamina P.P.

1. Lynn R. B. : *Chilblains. Surg. Gynec. and Obst.* 1954, 99, 720.
2. Kleitsch W. P., Connors E. K. : *Postgrad. Med.* 1964, 16, 191.
3. Parkes A. S. (editor) : *Brit. M. Bull.,* 1961, 17, 1.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* ed. XI. Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

BESNIER (boala lui) : **chistadenomul epitelial benign ; sindromul Jacquet-Darier.**

Este o afecțiune dermatologică care se prezintă clinic sub aspectul unor noduli mici, de culoare gălbuie, de mărimi diferite, de la un bob de mei pînă la unul de mazăre, care sînt localizați pe gît, fața anterioară a toracelui și abdomenului. Acești noduli derivă din rudimente ectopice ale glandelor și ale canalelor sudoripare. Afecțiunea este mai frecvent întîlnită la femei. Nu este însoțită de simptomatologie subiectivă. Nodulii nu se malignizează. Nu are tratament.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* ed. Maloine, Paris, 1956.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.

BESNIER (boala lui) : **prurigo diatezic de formă eczematolichenianā ; eczematoid exsudativ Rosta ; dermatita atopică.**

Este o boală cu etiologie alergică și tulburări neuroatrofice, care se manifestă la sugari și mai apoi la copii, sub forma unei eczeme cu reacție exsudativă intensă și prurigo papulos. Cîteodată afecțiunea se manifestă și sub forma unei neurodermite circumscrise. Boala se localizează mai ales pe față și pe gît și pe fața flexorie a articulațiilor.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, Paris, 1956.
2. Gracianski J. P. : *Vie médicale,* 1967, 48, 1509.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Rook A., Wilkinson S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell Oxford, 1968.

BESNIER-RENAULT (boala lui) : **urticaria gangrenoasă ; dermatita simetrică dismenoreică; acneea necrotică Dreyer-Waelsch ; urticaria papuloasă necrotică recidivantă Rogg ; pemfigus isteric sau nevrotic Weidenfeld.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune dermatologică caracterizată printr-o erupție acută eritemato-proliferativă ce se însoțește de necroza epidermului și uneori și a straturilor superioare ale tegumentelor. Elementele erupției sînt dispuse simetric pe față și pe mîini și se dezvoltă acut, în cîteva ore. Afecțiunea apare mai ales la tinerele fete cu tulburări menstruale. Se pare că din punct de vedere patogenetic, boala ar fi determinată de tulburări endocriniene și neurotrofice. După cîteva zile de evoluție, boala se vindecă lăsînd în urma ei o hiperpigmentație persistentă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, Paris, 1956.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BESNIER-TENNESON (boala lui) : **sarcoidoza ; boala lui Besnier-Boeck-Schaumann (vezi).**

BESSEL-HAGEN (boala lui) : **boala exostozantă.**

Este o afecțiune constituțională a scheletului caracterizată prin ecloziunea unor multiple mase osoase localizate cel mai des în regiunea metafizară a oaselor lungi. Este cea mai comună dintre toate afecțiunile sistematizate ale scheletului și constituie 2% din tumorile osoase. Este mai frecventă la bărbați. Boala apare în copilărie (nu mai înainte de vîrsta de 2 ani), manifestîndu-se printr-o tumefiere în apropierea genunchiului cu sau fără jenă articulară. Tumefacțiile osoase sînt dure, aderente la planurile profunde, indolore, fără modificări ale țesutului de vecinătate. Evoluția este în general bună : uneori pot degenera malign. Boala are caracter ereditar, modul ei de transmitere se face după regulile mendeliene ale dominantei autosomice simple.

1. Audas J. M. : *Maladie exostosante. Etude clinique et radiologique.* Thèse, Paris, 1957.

Scanned with OKEN Scanner

2. Emerit J. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
3. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Scient. Franc., 1966, Paris.
4. Herbeau D., Fovet-Poingt O., Cattelain C., Barberis D. : *Lille Méd.* 1969, 14, 9, 1049.
5. Laurence G. : *Rev. Rhumatisme*, 1965, 32, 206.

BEST (boala lui) (1905) : **degenerarea congenitală şi ereditară a petei galbene.**

Degenerarea congenitală şi ereditară a petei galbene se manifestă prin focare ovale sau rotunde, cu margini uşor dinţate, atrofice, colorate în galben roz, care apar la nivelul petei galbene. Boala apare încă în viaţa intrauterină, cînd leziunile descrise mai sus se completează cu focare albicioase în zonele periferice ale retinei. Leziunile de mai sus evoluează foarte lent sau rămîn staţionare. Ele pot fi găsite la mai multe generaţii. Aceste leziuni nu diminuă capacitatea funcţională oculară, decît atunci cînd unele formaţii chistice, observate la nivelul petei galbene după vîrsta de 45 ani, se dezvoltă atrofic.

1. Allen J. H. : *May's Manual of Diseases of the Eye*, 23rd ed. Williams and Wilkins, 1963.
2. Berens C. :*The eye and its diseases*. W. B. Saunders, 1950.
3. Kozlowski B. : Klin. Oczna, 1958, 28, 49.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Edit. Masson C-ie 1969.

BEURMANN-GOUGEROT (boala lui) : **sporotricoza.**

Este o afecţiune fungică cronică provocată de sporotrichum schenkii, sporotrichum Beurmann, sporotrichum Gougerot. Boala se produce atunci cînd microorganismul este introdus în piele în urma unui traumatism, de cele mai multe ori la mînă, braţ şi picior. Majoritatea bolnavilor sînt indivizi care, prin profesiunea lor, vin în contact cu solul, cu plante sau lemne în putrefacţie. De obicei boala debutează cu un nodul subcutanat, dur şi nedureros. Ulterior, acesta devine aderent la pielea supraiacentă, se ulcerează şancriform şi poate persista multă vreme. După o perioadă de timp ce variază de la cîteva zile pînă la săptămîni şi chiar luni, de-a lungul vaselor limfatice apar noduli similari care şi ei se pot ulcera. În acest mo-

Scanned with OKEN Scanner

ment, vasele limfatice se îndurează și devin palpabile. Progresiunea infecției încetează de obicei înaintea invadării ganglionilor limfatici regionali, iar diseminarea hematogenă este foarte rară. În cursul bolii, starea generală nu este alterată. În afară de această formă cutanată mai poate fi întîlnită și forma cu localizare pulmonară, osoasă, articulară, musculară și viscerală. Nu există semne de laborator specifice; pentru stabilirea diagnosticului este necesară numai cultivarea microorganismului. Prognosticul este bun în toate formele, cu excepția formelor diseminate, în care există o diminuare a rezistenței organismului. Tratamentul constă din administrare de iodură de potasiu, amfotericina B și uneori, excizia chirurgicală a nodulilor.

1. Conant N. F. și colab. : *Manual of Clinical Mycology*, Saunders 1954.
2. D'Alessio D. J. și colab. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1054.
3. Dalldorf G. (sub redacția) : *Fungi and Foungous Diseases*. Thomas 1962.
4. Emmons C. W. și colab. : *Medical Mycology*. Lea and Febiger, 1963.
5. Wilson J. W., Plunkett O. A. : *The fungous Diseases of Man*. Univ. of California, 1965.

BEYERMANN (boala lui) : **imbecilitatea cerebeloataxică.**

Este o afecțiune determinată de o anomalie congenitală cerebeloasă, care pe lîngă tulburări cauzate de leziunile cerebelului, mai prezintă o serie de simptome neuro-psihice ca : debilitate mintală, pareze de origine cerebrală și mișcări involuntare. Prognostic defavorabil. Nu are tratament.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*. Vol. I–II Basic Books, 1959.
2. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry*, Grove, 1961.
3. Shaw C. R. : *Psychiatric Disorders of Childhood*. Appleton–Century Crofts, 1966.

BEZOLD (boala lui) (1881) : **mastoidita Bezold ; abcesul Bezold.**

Această afecțiune este complicația unei angine, otite sau mastoidite, care produc propaga-

Scanned with OKEN Scanner

rea infecției de-a lungul tecii mușchiului sterno-cleido-mastoidian și ulterior, retracția lui cicatricială. Tabloul clinic se caracterizează prin tumefierea gîtului prin edem dur și moderat dureros și tumefacția regiunii apofizei mastoide. Boala evoluează lent și simptomele clinice devin manifeste numai în momentul în care tumefierea a cuprins și fața laterală a gîtului. Tratamentul este numai chirurgical și antiinfecțios.

1. Bezold V.: *Dtsch. med. Wschr.*, 1881, 7, 381.
2. Dysart E. N.: *Arch. Otolaryng.*, 1963, 78, 831.
3. Sheehy J. L.: *California Med.*, 1959, 91, 137.

BIANCO-SILVESTRONI (sindromul lui): **thalassemia minimă; sickle cell thalassemia; microdrepanocytic disease.**

Este forma minimă a thalasemiei, o anemie hemolitică familială caracterizată prin splenomegalie importantă, pusee febrile, decalcifieri osoase, iar tabloul sanguin prezintă anizocitoză, hematii „en cible", ușoară creștere a rezistenței globulare. Tabloul clinic poate fi foarte sever ca acela din anemia „sickle cell" sau foarte șters încît diagnosticul este pus incidental, cu ocazia altor investigații. Acest fapt se explică prin aceea că există cel puțin 2 tipuri de beta thalassemie: tipul sever sau mediteranean și tipul mai puțin sever, african. În acest din urmă tip, prin electroforeză se pot pune în evidență, în hematii, mai multe HbS decît HbA. Evoluția este în general severă. S-au putut observa bolnavi atingînd vîrsta de 70—80 ani.

1. Begemann H., Harerth H. G.: *Praktische Hämatologie*, 2 Auflage. G. Thieme, Stuttgart, 1951.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Edit. Masson C-ie 1963.
3. Gasser C.: *Die hämolytischen Syndrome im Kindersalter*. G. Thieme. Stuttgart, 1951.
4. Huehus E. R., Shooter E. M.: *J. Med. Genet.* 1965, 2, 48.
5. Rucknagel D. L., Neel J. V.: *Progr. Med. Genet.* 1961, 1, 158.
6. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*. Lea and Febiger, 1961.

BIBER (boala lui): **distrofia corneei; distrofia grilajată Haab-Dimmer.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală oculară caracterizată prin prezența în straturile mijlocii și anterioare ale corneei de linii cenușii, subțiri și discrete, dispuse radiar sau neregulat. Aceste modificări ale corneei ocupă de obicei centrul și numai rareori pot interesa și limbul. Evoluția acestor leziuni este lentă. Ulcerațiile superficiale pot recidiva sau vindeca, lăsînd în locul lor niște cicatrice, care diminuează acuitatea vizuală și în special centrul ei. Boala apare mai frecvent în perioada de maturitate a individului. Nu este cunoscută etiologia bolii.

1. Allen J. H. : *May's Manual of Diseases of the Eye.* 23 rd. ed. Williams and Wilkins, 1963.
2. Berens C. : *The eye and its diseases.* W. B. Saunders, 1950.
3. Dark A. J., Thompson D. S. : *Brit. J. Ophtalm.*, 1960, 44, 257.

BICKEL (sindromul lui) : **hipopituitarismul anterior însoțit de tulburări neuropsihice.**

Este forma abortivă a sindromului Glinski-Simmonds-Sheehan, în care, pe lîngă simptomatologia somato-visceralâ, metabolică și endocrină, determinată de hipopituitarismul anterior, se asociază și importante și variate tulburări neuropsihice. Cele mai importante tulburări neuropsihice sînt : astenia, bradipsia, lentoarea în vorbire și ideație, psihism anxio-depresiv, cenestopatii. Electroencefalografic se observă încetinirea ritmului de bază și unde lente de tip alfa și beta. La unii bolnavi mai pot apărea și convulsii epileptiforme.

1. Decourt J. : *Paris Méd.*, 1946, 36, 249.
2. De Gennes L., Mahondeau D., Della Rue J., Robert P., Auquéer L. : *Bull. Soc. Med. Hop. Paris*, edit. Doin, Paris, 1945.
3. Milcu Șt. : *Endocrinologia clinică.* Editura Medicală București.

BICKEL-THURSBY-PELHAM (sindromul lui) : **insuficiența tubulară congenitală cu întîrziere în creștere ; sindromul Lowe-Bickel.**

Este o nefropatie ce face parte din grupul tubulodisplaziilor enzimopatice caracterizată printr-o insuficiență tubulară congenitală cu întîrziere în creștere, întîrziere mintală, glaucom, ca-

Scanned with OKEN Scanner

taractă, criptorchidie și tulburări renale (albuminurie, aminoacidurie), acidoză metabolică cu diminuarea rezervei alcaline și creșterea valorii clorurilor în sînge.

1. Allen A. C. : *The kidney ; medical and surgical diseases.* Grune and Stratton, 1962.
2. Black D. A. K. : *Renal Diseases.* Davis, 1962.
3. Reubi F. : *Nephrologie clinique.* Masson Edit. Paris, 1961.
4. Strauss M. B., Welt L. G. (editor) : *Diseases of the kidney.* Little Brown, 1963.

BIEDL (sindromul lui) : **obezitate, hipogonadism, întîrziere mintală, poli sau sindactilie, cardiopatie și nefropatie congenitală ; sindromul lui Laurance-Moon-Biedl (vezi).**

BIELSCHOWSKY-IANSKY (boala lui) (1914) : **idioția amaurotică familială infantilă tardivă.**

Face parte din formele de idioție amaurotică familială, determinată de o degenerare cerebromaculară, constituind tipul tardiv, varietate clinică intermediară între boala Tay-Sachs și boala Spielmeyer-Vogt. Apare la vîrsta de 3—4 ani. În afară de simptomele obișnuite ale grupului de boli din care face parte, copiii atinși de această boală mai prezintă ataxie și tulburări cerebeloase. Nu se observă pata roșie de pe mac ulă, în schimb există atrofie optică și retinită pigmentară. Din punct de vedere histopatologic, este vorba de tulburări de mielinizare și o degenerescență a celulelor ganglionare cerebrale și retiniene, care sînt pline de o substanță chimică apropiată structural de sfingomielină. Ar fi vorba în acest caz de o tezaurismoză. Nu se cunoaște cu precizie modul de transmitere al bolii. Indivizii atinși de această maladie mor în cîțiva ani din cauza unei paralizii bulbare.

1. Aronson I. M., Volk B. W. : *Cerebral Sphingolipoidoses.* New-York Academic Press, Inc. 1962.
2. Bielschowsky M. : *Deutsch. Zschr. für Nerv.*, 1914, 50, 7.
3. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Am. J. Med. 1957, 22, 671.
4. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală București 1966.
5. Hsia D. Y–Y. : *Inborn Errors of Metabolism.* Year Book, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

BIEMOND (boala lui) : **miopatia distală juvenilă ereditară.**

Este o afecțiune neurologică ce face parte din marele grup al miopatiilor primitive progresive (distrofii musculare progresive), afecțiuni ereditare sau familiale caracterizate printr-o slăbire progresivă, apoi atrofiere aparentă sau nu, a unor grupe musculare. De obicei, în majoritatea formelor de miopatii progresive, atingerea musculară de către procesul morbid începe de la mușchii rădăcinii membrelor. În această formă clinică (boala lui Biemond) interesarea patologică a mușchilor începe din partea distală a membrelor. Etiologia bolii este necunoscută. Nu se observă nici un fel de leziuni ale sistemului nervos central și periferic. Se manifestă clinic prin diminuarea, fără paralizie, a forței musculare, prezența frecventă de contracturi, diminuarea reflexelor osteo-tendinoase și creatinurie. Evoluția este lentă și progresivă, conducînd mai devreme sau mai tîrziu la paralizii invalidante. Nu are tratament specific ci numai simptomatic.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M. (editors) : *Neuromuscular Disorders.* Res. Publ. A. Nerv. and Ment. Dis. vol. 38, 1960, Williams and Wilkins.
2. Barrows H. S. : *Neuromuscular disease :* GP, 1964, 29, 146.
3. Walton J. N. : *Abstr. World Med.*, 1966, 40, 1–12.

BIERMER (boala lui) : **anemia pernicioasă ; boala lui Addison-Biermer (vezi).**

1. André R. : *Rev. prat.*, 1966, XVI, 1927.
2. Davies L. J., Brown A. : *The megaloblastic anemias.* Blackwell edit. Oxford, 1953.
3. Herbert V. : *New England J. Med.*, 1963, 268, 201.
4. Whitby L. E. H., Britton C. J. C. : *Disorders of the blood.* Churchill, ed. London, 1963.

BIETT-BROCQ (boala lui) : **eritemul centrifug ; lupusul eritematos migrator ; seboreea congestivă : Hebra (vezi).**

BIGLER (boala lui) : **dislipoidoza lui Bigler.**

Este o dislipoidoză determinată de un defect congenital al metabolismului, caracterizată printr-o creștere a fosfolipidelor și a trigliceridelor în sînge, care se întovărășește de o întîrziere în dezvoltarea fizică și mintală.

Scanned with OKEN Scanner

1. Aronson I. M., Volk B. W. : *Cerebral Sphingolipoidoses.* New-York Academic Press, Inc. 1962.
2. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Amer. J. Med., 1957, 22, 671.
3. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Edtiura Medicală Bucureşti, 1966.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.

BILLROTH-WINIWARTER-BÜRGER (boala lui) : **trombangeita obliterantă ; boala lui Buerger.**

Este o afecţiune cu etiologie necunoscută, caracterizată printr-o panvascularită acută obliterantă, care evoluează în focare succesive. Este mai frecvent întîlnită la marii fumători şi la tineri. Procesul patologic începe la nivelul trunchiurilor vasculare mijlocii (arterele cubitală, radială, tibială anterioară şi posterioară etc.). Histopatologic boala se caracterizează printr-o proliferare a celulelor endoteliale ale intimei, care este infiltrată cu limfocite. Pe lîngă acestea, se observă o tromboză care cuprinde lumenul arterial. Ulterior, leziunile evoluează spre o fibroză vasculară ce obstruează complet şi permanent lumenul vascular. Simptomatologia clinică se caracterizează prin furnicături şi senzaţie de frig în membre, claudicaţie intermitentă, escare ischemice, tromboflebită migratorie şi insuficienţă arterială cronică. Suprimarea tutunului, anticoagulantele şi simpatectomia pot ameliora sau chiar împiedica intervenţia chirurgicală (amputaţia), care este ultima soluţie în majoritatea cazurilor netratate medical.

1. Abramson D. L. şi colab. : *Amer. J. Cardiol.*, 1963, 12, 107.
2. Abramson D. L. : *Diagnosis and Treatment of Peripheral Vascular Disorders.* Hoeber, 1956.
3. Barett A. J., Fraser J. R. E. : *Peripheral Vascular Disease.* Melbourne Univ. Press, 1955.
4. Wright I. S. : *Vascular Diseases in Clinical Practice*, 2nd. ed. Year Book, 1952.
5. Wessler S. şi colab. : *New England J. Med.*, 1960, 262, 1149.

BING (boala lui) : **hemicrania roşie ; vasodilataţia hemicefalică ; nevralgia hemicraniană ; eritroprosopalgia lui Bing.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune mai frecventă la vîrsta medie a indivizilor de sex masculin la care se întîlnesc antecedente de hemicranie. Crizele dureroase sînt unilaterale, localizate temporo-orbital și se însoțesc de manifestări vegetative intense, ca : congestia feței corespunzătoare și a mucoasei naso-conjunctivale, hipersecreție nazală și lacrimală și sindrom Claude Bernard-Horner. Crizele apar o dată pe zi și episoadele cefalalgice se pot prelungi multe săptămîni, dispar și apoi pot să reapară. Se pare că boala ar fi datorită unor tulburări vasculare în teritoriul arterei carotide externe.

1. Nick J. : *Rev. Prat.*, 1968, 18, 593.
2. Milliez P. : *Rev. Prat.*, 1968, 18, 871.
3. * * * *Le cefalee. Attualita Mediche.* Firenze., 1968, XX, 14, 1.

BING-HORTON (sindromul lui) : **cefaleea histaminică.**

Este o afecțiune caracterizată printr-o cefalee de origine neurologică, care, din punct de vedere clinic, se aseamănă cu o migrenă. Ea poate fi pusă în legătură cu diferite algii ale feței și cu nevralgia de trigemen. Valorile histaminei în plasmă și țesuturi sînt foarte mult crescute. Reacționează uneori favorabil la antihistaminicele de sinteză, la tegretol, migristene, etc.

1. Friedman A. P., Elkins A. H. : *JAMA*, 1963, 184, 125.
2. Girard M. : *Etude Clinique de la migraine. Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1971, 7, 10665 AIO.
3. Graham J. R. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 67.
4. Hinrichs W. I., Keith H. M. : *Mayo. Clin. Proc.*, 1965, 40, 593.

BINGSWANGER (sindromul lui) : **encefalita subcorticală cronică ; demența lui Bingswanger ; encefalomalacia subcorticală cronică arteriosclerotică a lui Jacob.**

Este o afecțiune neurologică ce se aseamănă din punct de vedere clinic cu o paralizie pseudobulbară (sindrom caracterizat printr-o paralizie a mușchilor enervați de către bulb : mușchii deglutiției, ai fonației, ai limbii și ai buzelor). Sindromul este determinat de leziuni extrabulbare. Din această cauză pe lîngă simptomele de mai sus, mai prezintă și crize de epilepsie. Cu timpul

Scanned with OKEN Scanner

bolnavii devin demenți datorită aterozei cerebrale și leziunilor concomitente ale substanței albe subcorticale.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Edit. Masson C-ie Paris, 1963.
2. Geisler W. P., Jousse A. T. : *Canad. MAJ*, 1963, 88, 189.
3. Hyland H. H. : *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
4. Ivers R. R., Goldstein N. P. : *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 1963, 38, 457.

BIRCH-HIRSCHFELD (boală — tumoarea lui) : **rabdomiosarcomul renal ; sarcomul embrionar renal ; carcinomul rinichiului ; tumoarea Wilms ; tumoarea mixtă a rinichiului ; nefromul malign embrionar.**

Este tumoarea cea mai frecventă care se întîlnește de obicei la copiii sub 1 an. Tumoarea variază ca mărime de la un pumn pînă la un cap de copil, se dezvoltă pe socoteala parenchimului renal, dirijîndu-se spre micul bazin. Din punct de vedere simptomatologic, tumoarea se manifestă prin hematurie și dureri în regiunea lombară respectivă. Prognosticul este infaust.

1. Flocks R. H., Kadeski M. C. : *J. Urolog.*, 1958, 79, 196.
2. Greb M. : *Lehrbuch der Kinderchirurgie*, 1957, 593.
3. Kinzell R. C. și colab. : *JAMA*, 1960, 174, 1925.

BITOT (sindromul lui) : **xeroftalmia avitaminozică A.**

Este o afecțiune determinată de un deficit de vitamina A. Acest sindrom, descris încă în 1863, constă din leziuni superficiale de culoare albă sau cenușie a conjunctivei, de obicei bilaterale, la nivelul fantei oculare, imediat lîngă cornee. Petele nu dispar după lăcrimare sau instilații oculare. Nu produc la început nici un fel de tulburări în ceea ce privește acuitatea vizuală ; mai tîrziu, bolnavii pot prezenta diferite grade de ambliopie crepusculară. Corneea devine opacă, infiltrată. Ca urmare a keratinizării epiteliilor glandelor lacrimale, secreția lacrimală încetează, ceea ce pericliteză și mai mult ochiul. Petele lui Bitot sînt reversibile, însă keratomalacia și xeroftalmia (infiltrarea și opacifierea corneei) pot duce la orbire.

1. Berens C. : *The eye and its diseases*. W. B. Saunders, 1950.

Scanned with OKEN Scanner

2. Duke-Elder W. S. : *Textbook of Ophtalmology*, Mosby, 1938–1954.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală București, 1965.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. edit. Masson C-ie Paris, 1969.

BISKRA (boala sau butonul de) : **butonul de Orient ; leishmanioza muco-cutanată ; butonul de Bagdad; butonul de Alep ; boala Alibert (vezi).**

BITHELL (boala lui) : **trombopenia izolată congenitală și familială.**

Este o boală hematologică caracterizată printr-o purpură trombocitopenică prin deficit de producere congenital și familial, care nu se întovărășește de nici o malformație. Transmiterea genetică este variabilă și poate fi legată de sex, autosomică dominantă sau recesivă. Evoluția bolii este de obicei benignă.

1. Alagille D. : *Rev. Prat.* 1967, 17, 483.
2. Bithell T. C., Didisheim P., Cartwright G. E., Wintrobe M. M. : *Blood* 1965, 25, 231.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*. ed. V-a, Lea and Febiger, 1962.

BLACKFAN-DIAMOND (boala lui) : **eritroblastoftizia sau anemia lui Blackfan-Diamond ; eritrogeneza imperfectă.**

Este o anemie hipoplastică nefamilială care se instalează insidios, de cele mai multe ori chiar din primul an de viață, de obicei după o infecție banală. Atît hematiile cît și valoarea globulară sînt normale, în timp ce reticulocitele sînt mult diminuate sau lipsesc complet. Lipsesc eritroblaștii de toate gradele de maturație. Leucocitele și trombocitele sînt nemodificate, corespunzător cu o măduvă osoasă bogată în celule. Lipsesc de asemenea anomaliile congenitale. Bolnavii răspund bine la tratamentul cu glicocorticoizi ; acest lucru demonstrează că ar putea fi vorba de reacții imunologice.

1. DeGruchy G. C. : *Clinical Haematology in medical Practice*. 2nd ed. Blackwell, 1964.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală București, 1965.
3. Harris J. W. : *The red cell. Production, Metabolism, Destruction, Normal and Abnormal*. Harvard, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

4. Kellerhouse L. E., Limarzi L. R. : *M. Clin. North America*, 1965, 49.

BLANCHET (sindromul lui) : **meningopoliradiculonevrita lombară.**

Este o afecțiune determinată de inflamația lanțului simpatic lombar, fiind caracterizată clinic prin dureri cauzalgice intense, în crize nocturne, localizate la nivelul mușchilor membrelor inferioare. Boala se însoțește de modificări cutanate, licheniforme, pseudoerizipelatoase și pseudoflegmonoase, ce apar pe fața antero-superioară a gambelor. În general, boala afectează femeile între vîrsta de 30—60 ani. Biologic, se remarcă deseori accelerări ale vitezei de sedimentare a hematiilor și o reacție proteino-celulară a lichidului cefalorahidian. Neuropsihic se remarcă modificarea reflexelor osteo-tendinoase, diminuarea tonusului muscular și diferite tulburări psihice.

1. Blanchet G. : *La presse méd.*, 1945, 14, VII.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie* Masson C-ie, 1971.

BLAND-WHITE-GARLAND (sindromul lui) : **malformație în care artera coronară stîngă își are originea în artera pulmonară.**

Este o anomalie a arterelor coronare. Anomalia constă în faptul că una sau două coronare pot proveni din artera pulmonară. În aceste circumstanțe, inima se mărește pe seama ventriculului stîng și moartea se produce precoce fie prin insuficiență cardiacă, fie prin fibroelastoză endocardiacă. Electrocardiograma arată semne de suprasolicitare ventriculară stîngă și adesea de infarct antero-lateral. Boala apare în jurul vîrstei de 2—4 ani și este mai frecventă la sexul feminin. Simptomatologia clinică, înainte de apariția fenomenelor de insuficiență cardiacă, constă în vărsături, paloare, transpirații postprandiale, tahipnee și o poziție specială a capului (în extensie) în cursul alimentației. Boala nu determină cianoză. Prognostic infaust.

1. Bargeron L. M., Clark L. C., Lyons C. : *Med. Clin. North Amer.*, 1962, 46, 1555–1579.
2. Baur H. R., Jornod J. C. : *Scweiz. med. Wschr.* 1972, 102, 16, 578.

Scanned with OKEN Scanner

3. Keith J. D., Rowe R. D., Vlad P. : *Heart Disease in Infancy and Childhood.* McMillan, 1958.
4. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology,* 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.
5. Riker W. L. : *S. Clin. North America,* 1963, 43, 133–145.

BLEGVAD-HAXTHAUSEN (sindromul lui) : **formă clinică de boala lui Lobstein.**

Este o formă clinică de osteopsatiroză, boala lui Lobstein, care pe lîngă fenomenele determinate de deficitul congenital în osificarea periostului oaselor lungi, mai prezintă în plus și tulburări ale pigmentației cutanate. Împreună cu boala lui van der Hoeve și boala lui Apert, constituie forme clinice ale osteopsatirozei (osteogeneza imperfectă, boala lui Lobstein, fragilitatea oaselor etc.). Tabloul clinic este dominat de fracturi multiple, care survin după naștere ; creșterea longitudinală este normală, însă diafizele osoase nu se dezvoltă. Scleroticele sînt albastre. Examenul radiologic pune în evidență subțierea diafizelor, care sînt totuși normal calcifiate. Regiunile epifizare au o dezvoltare normală. Tratamentul este similar osteoporozei.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963, Paris.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. franc., Paris, 1966.
3. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases.* London, 1956.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BLOCH-SULZBERGER (sindromul lui) (1925—1928) : **melanoblastoza lineară ; sindromul Siemens ; sindromul Bloch ; sindromul Bloch-Carol-Bour ; nevus chromatofon familial (Doornink) ; pigmento-dermatoză.**

Boală cu etiologie necunoscută, posibil o infecție posttraumatică intrauterină a fătului, se caracterizează clinic prin pigmentația cutanată a stratului bazal, strabism, nistagmus, miopie, cataractă, sclere albastre, nevrită optică, atrofia nervului optic, corioretinită exsudativă etc. Boala are aceeași incidență la ambele sexe. Naegeli descrie o melanoblastoză lineară aparte, care, în afara simptomelor descrise mai sus prezintă în plus și diferite defecte de dezvoltare (nanism,

Scanned with OKEN Scanner

rahitism, poli sau sindactilie, acromegalie etc.). Prezența anomaliilor dentare permite asimilarea acestui sindrom la o embriopatie, care s-ar apropia de toxoplasmoza infantilă sau de embriopatia rubeolică, adică a unei leziuni precoce a embrionului în primele 3 luni ale vieții intrauterine, care s-ar traduce ulterior prin tulburări de dezvoltare. Prognostic benign. Nu are tratament.

1. Bloch B. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1926, 56, 404.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson et C-ie, Paris, 1962.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La Dermatologie*, Maloine, 1956.
4. Lieb W. A., Guerry D. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1958, 45, 265.
5. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BLOCK (sindromul lui) : **astazia-abazia.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-o stare isterică în care bolnavul, neavînd nici un fel de tulburare motorie sau senzitivă la membrele inferioare (cînd ele sînt în clinostatism) nu poate să stea în poziția în picioare și nici să meargă fără a fi susținut.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

BLOOM (boala lui) (1954) : **dermatoza fotosensibilă cu anomalii ; Sindrom Bloom-Torre-Machacek.**

Este o dermatoză foarte rară, care face parte din grupul manifestărilor cutanate fotosensibile, manifestîndu-se clinic prin eritem telangiectazic asemănător lupusului eritematos, nanism intrauterin, diferite anomalii. Această fotodermatoză s-ar datori probabil unei fotoalergii, în sensul că substanța respectivă suferă transformări sub influența luminii, devenind un antigen, respectiv o haptenă, cu acțiune locală.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a W. B. Saunders, 1963.
2. Bloom D. : *Amer J. Child.* 1954, 88, 754.

Scanned with OKEN Scanner

3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală, București, 1965.
5. Petrescu-Coman V. : *Pediatria*, Buc., 1967, 2, 179.

BLOOMBERG (sindromul lui) : **vezi sindromul Albright-Buttler-Bloomberg (tulburare ereditară a resorbției tubulare de fosfați care cauzează un rahitism tardiv rezistent la vitamina D).**

BLOUNT (boala lui) : **necroza aseptică a condilului tibial medial ; epifizita deformantă ; osteocondrita deformantă a tibiei ; hemiatrofia congenitală a epifizei tibiale superioare.**

Este o afecțiune osoasă determinată de necroza aseptică a condilului tibial median, care se traduce clinic prin poziția varus a gambelor, produsă în urma deformației acestor condili și mărirea compensatorie a condililor mediali ai femurului.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Masson, Paris, 1966.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
3. Portych L. : *Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1956, 2. 153.

BOAS-MATHIEU (sindromul lui) : **acoria.**

Este un sindrom caracterizat prin pierderea senzației de sațietate, tulburări digestive, astenie marcată cu senzația de epuizare completă, senzația permanentă de frig și diferite psihopatii.

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. : *Clinical Gastroenterology*. Thomas, 1960.
2. Bockus H. L. : *Gastroenterology*, 2nd ed. W. B. Saunders, 1963–1965.
3. Davenport H. : *Physiology of the digestive tract*. Year Book, 1961.

BOCHDALEK (sindromul lui) : **hernia diafragmatică tip Bochdalek ; hernia costolombară a sinusului Bochdalek ; hernia Morgagni.**

Este o anomalie congenitală ce constă în hernia diafragmatică cu sac herniar diafragmatic propriu ce străbate diafragmul respectiv, cel mai frecvent în stînga, prin orificiul lui Bochdalek. Hernierea se datorește unui defect de dezvoltare la nivelul triunghiului costo-lombar respectiv. La copii, cînd hernia este largă, tabloul clinic se

Scanned with OKEN Scanner

manifestă prin dispnee și cianoză. La adult, boala se confundă din punct de vedere simptomatologic cu ulcerul peptic, colecistita cronică și insuficiența coronariană. Simptomele tipice sînt reprezentate de arsuri retrosternale mai ales în poziția verticală, ce apar după prînzuri bogate și consum de antiacide. Alte simptome : disfagie, singultus, vomitări, hematemeză, melenă, anemie, palpitații, tahicardie și dispnee. Diagnosticul se pune pe baza examenului radiologic. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, 1969.
2. Grob M. : *Lehrbuch der Kinderchirurgie,* 1957, 278.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.

BOCKHART (boala lui) : **impetigo lui Bockhart ; ostiofoliculita ; impetigo.**

Este o dermatoză ce face parte din grupul foliculitelor superficiale stafilococice. Este o inflamație purulentă a rădăcinii firului de păr, cauzată de obicei de stafilococul auriu. Leziunea inițială este o mică ridicătură roșie, peripilară dureroasă, care nu atinge decît orificiul foliculului. După aceasta, apare rapid o mică pustulă alb-galbenă înconjurată de o aureolă inflamatorie. Pustula se deschide și puroiul se transformă în crustă. De obicei leziunea se vindecă în cîteva zile. La bărbați această infecție realizează la nivelul bărbiei aspectul clinic al sicozisului vulgar stafilococic. Tratamentul constă din badijonări cu alcool iodat și cu soluție de violet de gențiană.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BOECK (boala lui) : **scabia norvegiană ; scabia norvegiană crustoasă.**

Este o scabie cauzată de căpușa de scabie umană (sarcoptes homini) care se manifestă prin

Scanned with OKEN Scanner

roșeață localizată cu prurit, leziuni furunculoide care conțin artropode vii, pete eritematoase sensibile și migratorii, urticarie generalizată sau eritem polimorf. În afară de acestea bolnavii mai pot prezenta diferite tulburări neuro-psihice. Scabia este de obicei transmisă prin dormitul în comun sau alt fel de contact apropiat cu un individ infestat. Diagnosticul se face pe baza examenului clinic și a datelor de laborator. Tratamentul constă din dezinfestare, hexaclorciclohexan, heclotox, lindan etc.

1. Beck A. L. : *Arch. Dermat.*, 1965, 91, 54.
2. Cannon A. B., McRae C. : *JAMA*, 1948, 138, 557.
3. Epstein E. : *Arch. Dermat.*, 1966, 93, 60.
4. Hebra F. : *Z. ges. Arzt* (Wien), 1852, 8, 340.
5. Russell B. : *Practitioner*, 1964, 192, 621.

BOECK (boala lui) : **sarcoidoza lui Boeck ; Besnier-Boeck-Schaumann (vezi).**

BOECK-IBRAHIM (boala lui) : **eritemul micetic infantil.**

Este o afecțiune dermatologică localizată predominent la nivelul organelor genitale și regiunea anală, determinată de o infecție fungică. Se manifestă clinic printr-un eritem diseminat pruriginos. Boala este mai frecvent întîlnită la copii. Tratamentul constă din administrare locală de medicamente antifungice.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Ibrahim J. : *Arch.. Kinderheilk*, 1911, 35, 91.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. M., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.

BOGAERT VAN (boala lui) : **atrofia progresivă a nucleului palid ; atrofia palido-subtalamică progresivă.**

Este o boală neurologică determinată de lezionarea nucleului palid și se caracterizează din punct de vedere clinic prin intensificarea progresivă a tonusului muscular, contracturi, mișcări coreoatetozice, torticolis spastic, grimase faciale, mișcări de torsiune ale trunchiului, picior

Scanned with OKEN Scanner

plat și atunci cînd există și leziuni concomitente ale corpului Luys, pot apărea și mișcări balistice caracteristice.

1. Brain R. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Blackwell-Oxford, 1968.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, edit. Paris, 1971.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.

BOGAERT VAN (boala lui) : **leucoencefalita subacută sclerozantă ; encefalita subacută cu incluzii a lui Dawson ; panencefalita lui Döring.**

Afecțiune cu etiologie neprecizată (se crede că este un virus), boala lui van Bogaert se manifestă clinic prin apraxie, mutism și agnozie, la care se adaugă fenomene de excitație kinetică și diferite simptome piramidale. Deseori se pot observa tulburări psihice. Moartea survine după cîteva luni de la începutul bolii. Histopatologic, se găsesc modificări severe, în primul rînd ale substanței albe, dar și ale substanței cenușii, mai ales în emisfere (distrugere sclerozantă a măduvei, necroze în focare, infiltrări celulare). Electroencefalograma este patognomonică : apar periodic grupe de unde înalte lente, prima undă este deosebit de abruptă, celelalte mai lente și mai puțin înalte. În lichidul cefalorahidian se găsesc adesea o disociere albumino-citologică moderată și o curbă de pozitivitate la aur coloidal de tip parenchimatos.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson et C-ie, edit. Paris. 1971.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
4. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.

BOGAERT VAN-BERTRAND (boala lui) : **degenerescența spongioasă a nevraxului.**

Este o leucodistrofie caracterizată lezional printr-o spongioză care predomină în substanța albă. Boala apare la adultul tînăr, manifestîndu-se clinic prin apariția unor tulburări neuro-

Scanned with OKEN Scanner

logice difuze, progresive a căror evoluție este ondulantă, neregulată, cu perioade de exacerbare și de liniște aparentă. Etiologia bolii este încă necunoscută. Există diferite teorii asupra patogeniei acestei boli: agenți degenerativi, toxici sau inflamatori și chiar stări carențiale. La examenul histopatologic se constată în creier și în măduva spinării (cu predilecție pentru substanța albă) plăci spongioase de degenerescență, de culoare cenușie, variind ca dimensiuni de la cîțiva milimetri la mai mulți centimetri. Boala are o evoluție lentă, însă progresivă. Cauza morții este de obicei o boală intercurentă. Sînt foarte frecvente la acești bolnavi, infecțiile vezicii urinare și ale rinichilor. Nu există tratament medical specific, ci numai simptomatic.

1. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Geisler W. P., Jousse A. T.: *Canad. J. M.*, 1963, 88, 189.
3. Hyland H. H.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
4. McAlpine D.: *Brit. Med. J.*: 1964, 2, 1 029.
5. Schumacher G.: *New Engl. J. Med.*, 1960, 262, 969.
6. Schumacher G.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 1 119.

BOGAERT VAN-DIVRY (sindromul lui) (1945): **angiomatoza difuză corticomeningee.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul facomatozelor (malformații congenitale cu caracter deseori ereditar ce interesează pielea și sistemul nervos) ce se manifestă clinic prin poikilodermie cu teleangiectazie, epilepsie, oligofrenie, hemianopsie, tulburări piramidale și extrapiramidale.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Hsia D. Y-Y.: *Inborn errors of metabolism.* Year Book, 1966.
4. Popescu O.: *Sindroame în pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1974.

BOGAERT VAN-SCHREDER-EPSTEIN (boala lui): **dislipoidoză cu tulburări neuro-psihice.**

Este o afecțiune determinată de tulburarea metabolismului lipidelor. Simptomatologia clinică

Scanned with OKEN Scanner

reprezintă consecința colesterinozei cerebrale generalizate. Pe lîngă simptomele care traduc tulburarea metabolismului lipidic cum ar fi xantelasmă palpebrală, osteoporoză, xantom bilateral tendinos, cataractă etc., bolnavii mai prezintă diferite tulburări neuro-psihice: atrofie musculară, ataxie cerebeloasă, tulburări de deglutiție, de vorbire, mioclonii și tulburări de batiestezie.

1. Bigler J. A. și colab. : *Pediatrics*, 1959, 23, 644.
2. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism*. Amer. J. Med., 1957, 22, 671.
3. Guravich J. L. : *Amer. J. Med.*, 1959, 26, 8.

BOGAERT VAN- SWEERTS (sindromul lui) : **sindromul lui van Bogaert-Sweerts.**

Este un sindrom neurologic cu etiologie necunoscută, ce se manifestă clinic prin mișcări coreice periorale, convulsii generalizate, contracții musculare în diferite regiuni ale corpului, care pot cuprinde chiar diafragmul și laringele, producînd fenomene asfixice mai mult sau mai puțin grave. Prognostic grav ; nu are tratament specific.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.

BOGORAD (sindromul lui) (1928) : **sindromul lacrimilor de crocodil ; sindromul lui Oppenheim (vezi) ; sindromul Bogoradova.**

Este un sindrom determinat de lezionarea celei de a VII-a perechi de nervi cranieni. Se manifestă clinic printr-un reflex patologic gustativo-lacrimal, în locul celui gustativo-salivar, ce apare în timpul alimentării. Excitațiile gustative, în loc de a provoca o secreție crescută salivară, produc o hipersecreție lacrimală, de unde și denumirea de sindromul lacrimilor de crocodil.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
2. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*. München-Berlin, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

BOIS (boala lui) : **hepatomegalia dispeptică Bois ; ciroza venoasă hipertrofică și dispeptică a ficatului.**

Este o ciroză a ficatului determinată de tulburări digestive cronice, caracterizată clinic prin hepatomegalie și tulburări dispeptice importante, la care lipsesc splenomegalia și ascita. Evoluția bolii este mai lentă decît în cirozele posthepatitice și etilice. Tratamentul este simptomatic.

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F. : *Clinical Gastroenterology*, Thomas, 1960.
2. Bockus H. L. : *Gastroenterology*, vol. III. W. B. Saunders, 1963.
3. Schiff L. : *Diseases of the liver*, 2nd ed. Lippincott, 1963.
4. Sherlock S. : *Diseases of the liver and biliary system*, 3rd. ed. Thomas, 1963.

BOISVERT (boală) : **polinevrita alcoolică.**

Este o formă clinică de polinevrită ce se observă la bolnavii cu etilism cronic. Boala începe prin dureri la nivelul membrelor inferioare, care apar uneori paroxistic. Ulterior la acestea se adaugă tulburări de mers determinate de paralizii ale lojei antero-externe a gambei. La membrele superioare pot apărea paralizii ale extensorilor (mîna care cade). Deseori poate apare areflexie tendinoasă și în cazurile grave, parapiegie completă. Se mai descrie de asemenea o formă de polinevrită alcoolică pseudo-tabetică. Tulburările psihice, rareori asociate, aparțin sindromului lui Korsakoff cu dezorientare, confuzie mintală, confabulație și amnezia de fixare. Asocierea cu o ciroză hepatică este foarte frecventă. Prognosticul este bun dacă tratamentul este precoce.

1. Chafetz E. M. și colab. : *J. nerv. and ment. dis.*, 1964, 138, 390.
2. Moore R. A. : *Am. J. Psychiatr.*, 1966, 122, 748.
3. Ruprecht A. L. : *Postgrad. Med.*, 1962, 32, 56.
4. Tavel M. E. : *Arch. Int. Med.*, 1962, 109, 129.

BOLK (tuberculul lui) : **tuberculul lui Bolk.**

Alături de tuberculii lui Carabelli și hipertrofia lui cingulum (Hissard), tuberculul lui Bolk constituie o anomalie de volum dentară congenitală. Acești tuberculi, rar întîlniți, sînt acolați

Scanned with OKEN Scanner

pe fața palatină și înaintea și dedesubtul coletului, pe fața externă a celui de al 2-lea și al 3-lea molar superior. În trecut a fost considerat ca un stigmat de sifilis. Da Grande o consideră ca o excrescență, iar Triant ca o pliere a organului adamantin.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, edit. Paris, 1962.
2. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

BONNET (sindromul lui) : **sindromul sinusului cavernos.**

Este un sindrom caracterizat clinic prin oftalmoplegie, exoftalmie unilaterală, simptome simpatice și tulburări provocate de lezionarea celei de a 5-a perechi de nervi cranieni. Acest sindrom descris în anul 1955, reunește patru entități nosologice descrise anterior : sindromul despicăturii sfenoidale Rochon-Duvigneaud din osteoperiostita luetică, sindromul vîrfului orbitei al lui Rollet, sindromul lateral al sinusului cavernos Foix și sindromul găurii rupte anterioare al lui Bonnet, ce se observă în cazurile de anevrism.

1. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd. ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971, Paris.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Masson C-ie, 1970.

BONNET (sindromul lui) : **halucinoza vizuală senilă.**

Este un sindrom psihic caracterizat printr-o psihopatie determinată de lezionarea zonelor vizuale corticale și manifestată clinic printr-o halucinoză vizuală senilă. La tulburările de mai sus se mai adaugă și o oftalmopatie senilă aterosclerotică și obnubilarea cunoștinței.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry.* Vol. I–II, Basic Books, 1959.
2. English O. S., Finch S. M. : *Introduction to Psychiatry.* Norton, 1964.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry.* McGraw-Hill, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

BONNET-DECHAUME-BLANC (sindromul lui) (1937): **angiomul unilateral meningo-retino-facial.**

Este un sindrom clinic determinat de existența unor angioame unilaterale meningo-retino-faciale, ce determină diverse tulburări în raport cu gradul lezionărilor din fiecare regiune interesată. Prezența angiomului cerebral poate fi deseori percepută prin existența unui suflu sistolic la nivelul craniului. La nivelul retinei, angiomul este constituit dintr-o îngrămădire de vase sinuoase și dilatate, printre care se pot deosebi vene și artere. Aceste leziuni pot ocupa toată suprafața retiniană sau pot fi localizate numai într-o singură zonă. Acuitatea vizuală este adesea bine conservată. Extensia procesului se traduce prin semne de atingerea căilor optice (atrofie optică, hemianopsie) sau mezencefalice (crize comițiale, sindrom piramidal, paralizia celei de a III-a perechi). Uneori se mai poate observa și existența unui anevrism cirsoid al feței. Tratamentul eficace este cel chirurgical.

1. Ballantyne A., Michaelson J.: *Textbook of the fundus of the eye.* Livingstone, Edimburg and London, 1962.
2. Duke-Elder W. S.: *System of ophtalmology.* Vol. X. *Diseases of the retina.* H. Kimpton, London, 1967.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Kinmura S., Caggyll W.: *Retinal diseases.* H. Kimpton, 1966.
5. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, Paris, 1969.

BONNEVIE-ULLRICH (sindromul lui): **disgenezia gonadică.**

Este o disgenezie gonadică care face parte din același grup cu sindromul Turner. Apare la nou-născut și se caracterizează prin anomalii faciale, cubitus valgus, torax „en bouclier", pterigium coli etc. Spre deosebire de sindromul clasic Turner, care reprezintă tipic disgenezia gonadică, forma Bonnevie-Ullrich, se caracterizează prin dezvoltarea redusă a glandelor mamare, sîngerări menstruale, cute de piele flască cervicale și edeme generalizate sau localizate la extremități.

1. Bonté C., Rémy J., Gasnault J-P., Ryckewaert Ph., Deconiuck B.: *Lille Méd.*, 1970, t. XV, nr. spec., 67–72.

Scanned with OKEN Scanner

2. Milcu Șt. : *Endocrinologie clinică.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Stewart A. J. S. : *Acta Endocrinol.*, 1960, 33, 89.
4. Ullrich O. : *Z. Kinderheilk.*, 1930, 49, 271.

BONNIER (sindromul lui) : **sindrom vestibular determinat de lezionarea nucleului vestibular lateral al lui Deiters și a fasciculelor învecinate.**

Sindromul lui Bonnier este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea nucleului vestibular lateral al lui Deiters și a fasciculelor vecine. Se caracterizează clinic prin crize de vertij cu nistagmus, adesea întovărășite de grețuri, vărsături, transpirație, cefalee și prostrație, zgomote în urechi și diminuarea progresivă a acuității auditive de o singură parte. Spre deosebire de sindromul lui Ménière, care este reprezentat de simptomele de mai sus, sindromul Bonnier mai prezintă în plus o stare de somnolență importantă și o hemiplegie alternantă. Nu are tratament eficace.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.

BÖÖK (boală) : **aplazia premolarelor.**

Este o boală congenitală și cîteodată și cu caracter ereditar familial, care se caracterizează prin aplazia premolarelor, încărunțire prematură și transpirații mari palmo-plantare. Evoluție foarte îndelungată și cu prognostic relativ bun. Nu are tratament.

1. Dent C. E. : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Amer. J. Med., 1957, 22, 671.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson, Paris, 1962.
3. Hsia D. Y.-Y. : *Medical genetics.* New England J. Med., 1960, 262, 1 172.

BORNHOLM (boala de) : **pleurodinia epidemică ; mialgia epidemică ; gripa dracului ; boala Sylvest ; boala Daae ; boala Dagenan ; boala Bamb.**

Descrisă în 1872 în Norvegia și în 1930 într-o epidemie din insula Bornholm, pleurodinia epi-

Scanned with OKEN Scanner

demică este cauzată de virusul Coxsackie din grupul B, care produce la șoarecele infectat focare de necroză în mușchii striați, o encefalită și o pancreatită. Din punct de vedere clinic, boala se caracterizează printr-un acces acut de durere paroxistică în regiunea și inserțiile diafragmului, ce se agravează în cursul mișcărilor respiratorii. Pe lîngă durere se mai adaugă o febră intermitentă, cefalee, anorexie și o stare generală proastă. Simptomele evoluează 2—20 zile. Afecțiunea este benignă. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
3. Kreindler A. : *Neurologia.* Vol. II. Editura Medicală, București, 1957.
4. Sylvest E. : *Epidemic myalgia : Bornholm Disease.* Copenhagen and London. Oxford University Press, 1934.
5. Weller T. H., Enders J. F., Buckingham M., Finn J. jr. : *J. Immunol.*, 1950, 65, 337.

BORST-JADASSOHN (boala lui) : **carcinomul intraepidermic ; carcinomul in situ ; epiteliomul intraepitelial.**

Este o formă de carcinom cutanat, care din punct de vedere histopatologic se caracterizează prin existența, în epiderm, a unor cuiburi de celule de culoare închisă, asemănătoare celor bazale, însă dispuse ca cele cornoase. Ele se traduc la nivelul pielii ca niște pete plate, cu suprafața descuamată sau boselată. Din cauza acestor caractere histologice, tumoarea poate fi considerată mixtă, fiind în esență un carcinom baso-spinocelular. Prognostic sever. Tratament anticarcinomatos.

1. Boltz R. M., Fusaro R. M., Switzer G. G. : *Arch. Dermat.*, 1971, 1, 117.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, edit., Paris, 1956.
3. Freeman R. G., Knox J. M., Heaton C. L. : *Cancer*, 1964, 17, 535.

BOWEN (boala lui) : **diskeratoza foliculară ; boala lui Darier (vezi).**

Scanned with OKEN Scanner

BORTON (boală) : **fractura radiusului în articulația pumnului.**

Boala lui Borton este o fractură a marginii dorsale a suprafeței articulare a radiusului în articulația pumnului. Tratament ortopedic sau chirurgical.

BORHARDT (boala lui) : **volvulus gastric.**

Este torsiunea stomacului în jurul uneia din axele sale. Este o afecțiune mai frecvent întîlnită la femeie. Majoritatea cazurilor survin fără vreo cauză cunoscută. Unele volvulusuri sînt secundare unei hernii sau unei eventrații diafragmatice. Cel mai frecvent, volvulusul se face în jurul axului longitudinal. Volvulusul acut se manifestă prin dureri abdominale violente, vărsături și intoleranță alimentară absolută. La examenul fizic se percepe un timpanism la percuție. Examenul radiologic arată că punga cu aer a stomacului este enormă. Volvulusul cronic se manifestă prin reflux esofagian cu arsuri retrosternale, ce apar mai ales în poziția culcată. Bolnavii mai prezintă de asemenea o senzație de balonare și eructații. Unele volvulusuri gastrice pot fi intermitente. Diagnosticul de precizie se pune pe baza examenului radiologic. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F. : *Clinical Gastroenterology*, 1960, Thomas, edit.
2. Bockus H. L. : *Gastroenterology*, 2nd ed., vol. I, edit. W. B. Saunders, 1963–1965.
3. Cope Z. : *Early Diagnosis of the Acute Abdomen*, 12th. ed. Oxford, 1965.
4. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă*, Ed. Dacia, 1974.

BOSCH VAN DEN (sindromul lui) : **displazia ectodermică anhidrotică.**

Sindromul lui van den Bosch (1959) este o displazie ectodermică anhidrotică, rar întîlnită, ce se transmite clasic în mod recesiv legat de sex. Simptomatologia clinică este destul de bogată și dominată de atrofia congenitală a glandelor sudoripare, a foliculilor pilosebacei și a unor organe de origine ectodermică, dinții și adesea glandele mamare. La aceste simptome se mai poate adăuga un deficit intelectual și senzorial. Se mai pot observa deseori leziuni oculare ca

Scanned with OKEN Scanner

conjunctivită, fotofobie sau chiar opacificări corneene și anomalii pupilare, tulburări gonadice, o sensibilitate specială la infecțiile buco-faringiene sau nazale și pigmentare periorbitară. Nu există nici un fel de tratament. Boala evoluează lent și progresiv, conducînd la decesul bolnavului prin maladii intercurente.

1. Bosch van den J. : *Analect. Genet.*, 1957, 6, 143.
2. Bosch van den J. : *Ophtalmologica*, 1959, 137, 422.
3. Demons F., Walbaum R. : *Lille Méd.*, 1972, XVII, 3, 447.
4. Katz J., Penneys S. : *Arch. of Derm.*, 1971, 103, 5, 507.

BOSELINI (sindromul lui) : **chisturile cutanate foliculare multiple ; nervi chistici polisebacei (Lizi) ; boala polichistică sebacee ; sindromul lui Pringle (vezi).**

BOSTOCK (boală) : **astmul polenic ; catarul estival ; febra de fîn.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-un catar estival. A fost descris încă din 1818. Acest termen nu se mai întrebuințează astăzi.

BOTAL (boala lui) : **persistența canalului arterial.**

Este o cardiopatie congenitală, relativ frecventă, datorită persistenței canalului arterial (Botal), ce shuntează aorta cu artera pulmonară. Acest canal în mod normal se închide la naștere. Această anomalie permite pătrunderea sîngelui arterial în artera pulmonară. De multe ori, afecțiunea nu prezintă nici un fel de simptomatologie pînă cînd apare insuficiența cardiacă. Principalele simptome pe care le prezintă boala lui Botal sînt : oboseală, palpitații, dispnee de efort, cianoză, degete hipocratice, freamăt sistolic la palpare, suflu continuu sistolodiastolic cu întărire telesistolică în al 2-lea și al 3-lea spațiu intercostal stîng. Fără intervenție chirurgicală, evoluția bolii este nefavorabilă, majoritatea bolnavilor decedînd între 40—50 ani, din cauza insuficienței cardiace, endocarditei lente sau din cauza rupturii mortale a unui anevrism dezvoltat pe acest canal.

1. Anabtawi I. N., Ellison R. G., Ellison L. T. : *Circulation*, suppl., XXXI, 1965, 1—61.

Scanned with OKEN Scanner

2. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Elemente practice de diagnostic și tratament.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Gross R. E., Longine L. A. : *Circulation*, 1951, 3, 125.

BOTKIN (boala lui) : **hepatita epidemică ; hepatita virală ; hepatita infecțioasă benignă acută ; hepatita parenchimatoasă difuză ; icterul viral ; icterul infecțios ; icterul cataral (Virchow).**

Este o afecțiune provocată de ultravirusul A și B (hepatita epidemică A, hepatita serică B), ce se caracterizează prin leziuni parenchimatoase ale ficatului. Se disting două forme : hepatita epidemică și hepatita serică. Ambele forme au același tablou clinic și aceeași evoluție. Se deosebesc prin faptul că în hepatita serică perioada de incubație este de 2—4 luni, în timp ce în cea epidemică ea este mai scurtă, fiind de 3—6 săptămîni. Clinic, boala se traduce prin febră moderată, dureri în hipocondrul drept, prurit, grețuri, vărsături, stare generală proastă și icter. În formele medii, evoluția este de 2—3 săptămîni. Se mai descriu forme anicterice sau infraclinice, forme supraacute, forme prelungite etc. Probele funcționale hepatice sînt alterate, iar transaminazele sînt mult crescute, demonstrînd un proces intens de citonecroză. Prognosticul depinde de forma clinică a bolii, tratament și de starea anterioară a sănătății individului respectiv.

1. Grady F., Chalmers T. C. : *New Engl. J. Med.*, 1964, 271, 337.
2. Krugman S. și colab. : *J.A.M.A.*, 1960, 174, 823.
3. McCollum R. W. și colab. : *Am. J. Med.*, 1962, 32, 657–733.
4. Ward R. și colab. : *New Engl. J. Med.*, 1958, 258, 407–416.

BOUCHARD (boală) : **nodulii lui Bouchard.**

Este o osteoartrită de etiologie încă incomplet precizată, care se aseamănă din punct de vedere clinic cu nodulii lui Heberden sau cu boala lui Rosenbach. În această afecțiune sînt interesate articulațiile interfalangiene. Prinderea extremității proximale se aseamănă la prima vedere cu cea din artrita reumatoidă, însă în acest caz, dilatarea se datorește mai mult creșterii osoase, decît îngroșării periostului sau măririi intraarti-

Scanned with OKEN Scanner

culare. Articulațiile sînt dure la palpare și prezintă crepitații. În contrast cu artrita reumatoidă, părțile învecinate păstrează aspectul normal.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Disease,* London, 1956.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

BOUCHER (boala lui) : **boala tinerilor porcari ; meningita porcarilor ; boala Boucher-Gsell.**

Observată pentru prima dată în Haute Savoie, boala atinge tinerii porcari și coincide cu existența la porci a unei boli cunoscută sub denumirea de „tourniquet", care se caracterizează prin crize de epilepsie. Infecția la om se face prin urina și sîngele porcilor infectați. Pătrunderea agentului etiologic se face prin piele sau mucoase. Agentul etiologic este leptospira pomona și leptospira mitis. După o incubație de 15 zile, boala începe brusc cu febră și se întovărășește de tulburări digestive și meningeale. În a patra zi de boală începe un exantem papulos care se intensifică și se acompaniază de reacții meningeale. Evoluția este în general benignă și boala conferă o imunitate durabilă. Diagnosticul se pune pe baza antecedentelor, tabloului clinic, hemoculturii și reacțiilor serologice.

1. Adams J. M. : *Newer Virus Diseases.* McMillan Company., New-York, 1960.
2. Bedson S., Downie A. W., McCallum F. O., Stuart-Harris C. H. : *Virus and Rickettsial Diseases of Man.* E. Arnold Ldt. London, 1961.
3. Fiorioli W., Ledermair O. : *Tabelarium der Infections-Krankheiten.* Urban und Schwartzenberg. München, 1955.
4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.

BOUCHUT (boală) : **sclerodermia noului născut.**

Este o dermatoză foarte rară, caracterizată prin induratia progresivă a tegumentelor, care duce la moartea noului născut în cîteva zile. Se manifestă clinic ca un scleredem de aspect ciros și de culoare liliachie. Boala trebuie diferențiată de scleredemul genito-pubian benign al sugaru-

Scanned with OKEN Scanner

lui și mai ales de induratia cutanată curabilă de origine obstetricală.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V-a, W. B., Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine ed. Paris, 1956.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.

BOUDOURESQUE (sindromul lui) : **polinevrita alcoolică.**

Este forma alcoolică a polinevritei. Se manifestă prin dureri la nivelul membrelor inferioare, adesea paroxistice, ce survin mai ales noaptea și au o localizare în zona degetului mare și a plantei și prin tulburări în mers, determinate de paralizia mușchilor lojei antero-externe a gambelor. Se mai observă în plus areflexie tendinoasă fără semnul lui Babinski, cianoză și anoxie la nivelul halucelui. În cazuri grave se pot observa paraplegii complete.

1. Heller G. L., De Jong R. N. : *Arch. Neurol.*, 1963, 8, 179–194.
2. Low N. L. and coworkers : *Pediatrics*, 1958, 22, 972–990.
3. Wederholt W. C., Mulder D. W., Lambert E. H. : *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 1964, 39 427–451.

BOUILLAUD (boala lui) : **reumatismul poliarticular acut ; reumatismul cardio-articular specific ; boala Bouillaud-Sokolski.**

Este o boală inflamatorie, cu etiologie încă necunoscută, cu simptomatologie foarte variată, caracterizată printr-o poliartrită acută febrilă și prin frecvența localizărilor sale cardiace. Cu o frecvență mai mare în copilărie, boala atinge ambele sexe, fiind precedată mai totdeauna înainte cu 2—3 săptămîni de o infecție cu streptococ hemolitic. Este aproape excepțional întîlnită înainte de vîrsta de 2 ani și după 30 ani. Majoritatea cardiopatiilor copilului și adultului tînăr sînt sechele ale reumatismului poliarticular acut. Ca etiologie este incriminat streptococul hemolitic. Nu pare că această afecțiune este cauza directă a reumatismului articular acut, însă ea ar fi cauza declanșatoare. Reumatismul articular acut lezionează țesutul conjunctiv interstițial, determinînd leziuni caracteristice, nodulul submi-

Scanned with OKEN Scanner

liar Aschoff-Talalaiew. Reumatismul poliarticular acut se manifestă clinic prin dureri articulare cu caracterele unei inflamații acute și impotență funcțională, febră, prin tulburări cardiace (endomio-pericardită) și diferite manifestări viscerale (nodozitățile lui Meynet, eriteme, pleurezie, nefropatii etc.). Biologic, boala se caracterizează prin viteza de sedimentare a hematiilor accelerată, hiperleucocitoză, prezența antistreptolizinelor la un titru ridicat, reacția Waaler-Rose etc. Evoluția bolii depinde de vîrsta bolnavului, de gradul și natura leziunilor cardiace și ale celorlalte viscere și de modul în care s-a efectuat tratamentul respectiv.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Feinstein A. R., Spagnulo M.: *Medicine*, 1962, 41, 279–305.
3. Markowitz M., Kuttner A. G.: *Rheumatic Fever. Diagnosis, Management and Prevention.* W. B. Saunders, 1965.
4. Wilson M. G.: *Progresses Cardiovascul. Dis.*, 1962. 5, 145–161.

BOURGOGNE (boala lui): **fractura apofizelor spinoase vertebrale; fractura de lopată.**

Este o formă specială de fractură a apofizelor spinoase vertebrale care se observă la muncitorii care efectuează un efort fizic mare. Fractura apofizelor poate fi observată mai frecvent la nivelul coloanei cervicale inferioare sau în jumătatea superioară a coloanei dorsale. Boala se traduce clinic prin dureri spontane și la apăsare la nivelul apofizelor spinoase interesate. Fracturile pot fi puse în evidență radiografic atît în timpul bolii, cît și după vindecare, cînd se remarcă o sclerozare a vertebrelor respective. Tratamentul este ortopedic și chirurgical.

1. Collins D. H.: *The pathology of articular and spinal diseases.* Arnold, 1949.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Rosenberg E. F. (editor): *M. Clin. North America*, 1965, 49, 1–300.

BOURNEVILLE (sindromul lui): **scleroza tuberoasă cerebrală; boala Bourneville-Hartdegen; boala Bourneville-van der Hoeve.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune congenitală și deseori familială ce se caracterizează clinic prin adenoame sebacee ale feței, întîrziere mintală și convulsii. Din punct de vedere histopatologic, boala se caracterizează prin existența, în straturile superficiale ale creierului, a numeroase tumori albe și dure de mărimea unei nuci. Acești noduli se pot observa și pe pereții ventriculului atunci cînd se efectuează radiografii după injectare de aer. Pe lîngă aceste tulburări mai pot fi remarcate o serie de manifestări oculare și existența unor tumori vasculare și chisturi pe rinichi și inimă. Ca și alte boli, cum ar fi : boala lui Recklinghausen, Hippel, Sturge-Weber, Albright, Louis-Bar etc., această afecțiune este încadrată în grupul displaziilor neuro-ecto-mezodermice sau a facomatozelor. **Prognostic rezervat. Nu are tratament.**

1. Arnaud M. B. : *Place de la sclérose tubéreuse de Bourneville dans l'étiologie des spasmes infantiles.* Thèse, Paris, 1965.
2. Brouet G., Liot F., Pariente R. : *Poumon*, 1965, 21, 515.
3. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, edit. Paris, 1962.
4. Emerit J. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
5. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
6. Lereboullet J. : *Rev. Prat.*, 1970, XX, 1970.
7. Weitzenblum E., Gharbi T. E. L. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 431.

BOURONCLE-WISEMAN-DOAN (boala lui) : **reticulo-endotelioza leucemică.**

Este o afecțiune hematologică ce se caracterizează printr-o bi- sau pancitopenie, care durează de la cîteva luni la cîțiva ani, în care se remarcă în sînge prezența unui număr mare de celule reticulare. Aceste celule reticulare, care au deseori aspectul de hemohistioblaști, se deosebesc net de limfocite, monocite și histiociți. Face parte din grupul reticulozelor maligne, grup de boli caracterizate printr-o atingere a sistemului reticulo-endotelial și a căror etiologie este necunoscută.

1. Bouroncle B. A., Wiseman B. K., Doan C. A. : *Leukemic reticulo-endotelioses.* Blood, 1958, 13, 609.
2. DeGruchy G. C. : *Clinical Haematology in medical Practice*, ed. 2nd, Blackwell, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*. Edit. Med. Buc., 1969.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, ed. V-a, Lea and Febiger, 1961.

BOUVERET (boala lui) : **tahicardia paroxistică esențială ; sindromul Bouveret-Hoffman.**

Boala lui Bouveret este o formă de tahicardie paroxistică supraventriculară, care se caracterizează printr-o accelerare a ritmului bătăilor cardiace, ce începe și sfîrșește brusc. Etiologia nu se cunoaște, deoarece ea se poate întîlni atît la indivizii sănătoși cît și la cei cu diferite afecțiuni cardiace. Accesul de tahicardie paroxistică poate dura de la cîteva minute la cîteva zile. Tahicardia nu depășește de obicei 250 pulsații pe minut ; numai cu totul excepțional, la copil, se pot întîlni tahicardii de 250 pulsații pe minut. Diagnosticul se pune pe baza simptomelor clinice, a electrocardiogramei și a diferitelor procedee terapeutice care atestă originea supraventriculară a lor (compresiunea globilor oculari sau a sinusului carotidian sau manevra Valsalva). Prognosticul relativ bun. Tratamentul constă din sedative, procainamidă, chinidină etc.

1. Bellet S. : *Clinical disorders of the heart-beat* 2nd ed. Lea and Febiger, 1963.
2. Friedberg C. K. : *Cardiac arrhythmies. Progr. Cardiovasc. Dis.*, 1960, 2, 319.
3. Lawn B., Wyatt N. F., Levine H. D. : *Circulation*, 1960, 21, 129.
4. Sokolow M., Perloff D. : *Progr. Cardiovasc. Dis.*, 1961, 3, 316.

BOVEN-ALLEN (boala lui) : **formă de pneumopatie abortivă.**

Este o pneumopatie de scurtă durată (8—10 zile), care este cauzată de un virus filtrant, al cărei tablou clinic se traduce prin febră, astenie marcată și hematemeză. La examenul radiologic, boala se prezintă sub forma unor umbriri triunghiulare, solitare, bine delimitate, localizate de preferință în cîmpul pulmonar drept, juxta și perihilar. Boala are prognostic bun ; vindecarea se face prin restitutio ad integrum.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the Chest.*, 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.
4. Lillington G. A., Jamplis R. W. : *A diagnostic approach to chest diseases differential diagnosis based on roentgenographic patterns.* Williams and Wilkins, 1965.

BOWEN (boala lui) : **epiteliomul spino-celular intraepidermic ; diskeratoza.**

Este o boală care face parte din grupul tumorilor benigne ale pielii. Se manifestă cel mai frecvent sub forma unor plăci de psoriazis cu placarde ușor proeminente, de culoare roș-cenușiu, cu scuame sau cruste gălbui. În cazurile mai avansate, aceste placarde se transformă în formațiuni hiperkeratozice veruciforme. Examenul histologic arată leziuni caracteristice : celule malpighiene inegale, neregulate în poikilocarinoză, cu nuclei monstruoși și mitoze, în timp ce celulele diskeratozice sînt inconstante. Evoluția bolii este benignă. În circa 50% din cazuri i se asociază diferite tipuri de tumori maligne în diverse organe. Din această cauză, mulți autori o consideră o stare precanceroasă sau că este, chiar de la început, un cancer adevărat.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
4. Freeman R. G., Knox J. M., Heaton C. L. : *Cancer,* 1964, 17, 535.
5. Zeanghirova G. G. : *Vestnik oftalm.,* 1961, 74/I, 52.

BOWEN (boala lui) : **eritroplazia.**

Este o dermatoză a mucoaselor care se prezintă clinic ca un placard unic, sau mai rar multiplu, cu contururi regulate, rotunjite sau policiclice, cu suprafața roșie, strălucitoare, cu margini marcate numai printr-o diferență de culoare și apoi printr-un burelet periferic. Leziunea este indoloră. Caracterul dominant al bolii este evoluția sa cronică, lentă și extensivă. Boala se observă de obicei la persoanele în vîrstă. Tratamentul bolii constă în electrocoagulare și ablație chirurgicală. Acest lucru trebuie efectuat precoce deoarece există un pericol permanent de transformare malignă într-un cancer burjonant.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V-a. W. B. Saunders, 1963.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*. Edit. W. B. Saunders, 1969.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, Ed. Paris, 1956.

BOYD-STEARNS (sindromul lui) : **acidoza renală hipocloremică cu rahitism tardiv.**

Sindrom rar întîlnit, frecvent la copil, ce se caracterizează printr-o întîrziere în creștere cu rahitism, simptome renale (poliurie, izostenurie, albuminurie, glicozurie intermitentă) și tulburări umorale specifice : acidoză, hipocloremie, hipokaliemie. Patogenia este obscură. Se pare că boala se datorește unui fenomen de inhibiție a anhidrazei carbonice, care determină în raport cu alimentația hipo sau hipercloremică, acest sindrom. Nu are tratament specific.

1. Boyd J. D., Stearns G. : *Amer. J. Dis. Child*, 1942, 64, p. 594.
2. Reubi F. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1957, p. 393.
3. Reubi F. : *Néphrologie clinique*. Edit. Masson C-ie, 1961, Paris.

BRAUN (sindromul lui) : **sindrom malformativ complex (orofaciodigital).**

Sindrom malformativ complex fără anomalii ale frîului bucal, caracterizat prin diviziune palatină, surditate, anomalii digitale, anomalii urinare, nefroză congenitală. Se transmite recesiv.

1. Carbam B. : *Le sindrome orofaciodigital (à propos de trois cas) Thèse de médecine*, Lille, 1970.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Edit. Masson C-ie, 1962.
3. Walbaum R., Maillard E., Donazzan M., Carbain M., Fontaine G. : *Lille Méd.*, 1970, 15, 6, 917–930.

BRANDT (sindromul lui) : **acrodermatita enteropatică ; sindromul Danbolt-Closs ; acrodermatita buloasă.**

Este o formă a epidermolizei buloase ereditare distrofice a lui Wende. Apare de obicei la copii, imediat după naștere sau în primii ani de viață, excepțional la adulți. Se manifestă clinic prin simptome cutanate cu caracter eritemato-exsudativ sau cu caracter bulos la nivelul orificiilor naturale sau la nivelul segmentelor

Scanned with OKEN Scanner

distale ale extremităților supuse traumatismelor mecanice. În focarele cutanate, în unghii și materiile fecale se găsesc levuri. La simptomele de mai sus se mai asociază tulburări gastro-intestinale, blefarită, calviție etc. Acrodermatita buloasă nu prezintă tulburări gastro-intestinale ; ea este considerată forma abortivă a bolii.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Edit. W. B. Saunders, 1963.
2. Piper L. : *Arch. Dermat.*, 1957, 76, 221.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BRATZ (boala lui) : **epilepsia afectivă.**

Este o boală psihică ce se manifestă clinic ca și crizele obișnuite de epilepsie și care apare de obicei după traume psihice intense. Boala apare mai frecvent la indivizii ușor excitabili și cu tulburări vasomotorii importante (dermografism).

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*, Vol. I–II, Basic Books, 1959.
2. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry*, Grove, 1961.
3. English O. S., Finch S. M. : *Introduction to psychiatry.* Norton, 1964.

BRAUER (sindromul lui) : **aplazia cutanată sistematizată.**

Este o dermatoză caracterizată clinic prin existența unor focare simetrice de aplazie cutanată, localizate la nivelul sprîncenelor, în jurul lor și cu extindere în direcția zonelor temporale.

1. Cockayne E. : *Inherit. abnorm. skin*, 1933, 314.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.

BRAUN-FALCO (sindromul lui) (1957) : **mucinoza foliculară ; alopecia mucinoasă ; mucofaneroza intrafoliculară și sebo-glandulară Pinkus.**

Este o alopecie areolară, de cauză necunoscută, produsă de apariția mucinei în foliculii piloși. La nivelul zonelor interesate se pot observa procese inflamatorii de diferite grade.

1. Braun-Falco O. : *Dermat. Wschr.*, 1957, 136, 1 289.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Edit. Maloine, 1956.
3. Pinkus F. : *Arch. Dermat.*, 1957, 76, 419.

Scanned with OKEN Scanner

BRAVAIS-JACKSON (boala lui) : **epilepsia Bravais-Jackson.**

Este o formă specială de epilepsie caracterizată prin contracturi care apar în gambă sau la braț, după cum focarul epileptogen se găsește în susul sau în josul frontalei ascendente controlaterale (aria 4-a a lui Brodmann) și care se pot extinde ulterior la restul segmentelor omolaterale în ordinea somatotopiei de pe scoarța creierului. În timpul crizei, bolnavul nu-și pierde cunoștința. După crize pot apărea pareze tranzitorii în regiunea corpului unde s-au observat convulsiile. Secusele clonice încep la mînă, la picior sau la față și se propagă apoi la segmentele vecine. Unele crize rămîn localizate la o jumătate de corp, altele se generalizează. Numai în acest din urmă caz, nu se pierde cunoștința. Se descrie, din punct de vedere clinic, forma facială, brahială și crurală.

1. Baird H. W. : *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705–722.
2. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Elemente practice de diagnostic și tratament.* Editura Medicală, București, 1967.
3. De Jong R. N. : *Neurology*, 1957, 7, 1–14.
4. Keith H. M. : *Mayo Clinic Proc.*, 1964, 39, 895.

BREMER (boala lui) : **atonia lui Bremer.**

Este o afecțiune neurologică determinată de tulburări de dezvoltare ale măduvei spinării. În perioada embrionară, șanțul nervos nu se sudează în întregime, fapt ce determină apariția unor tulburări funcționale și somatice. Din punct de vedere somatic, se observă leziuni ale coloanei vertebrale și ale oaselor, depresiunea infundibuliformă a sternului, cuduri ale coloanei vertebrale, lungimea excesivă a humerusului, degete în formă de ciocan, picior cu bolta accentuată etc. Din punct de vedere funcțional, se remarcă tulburări ale sensibilității superficiale, acrocianoză, palme și plante reci și umede, nicturie, pilozitate excesivă, areflexie cutanată și osteotendinoasă și diferite tulburări psihice.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, 1971.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd, Ed. Williams and Wilkins, 1955.

BRENNEMANN (sindromul lui) (1927) : **limfangita mezenterică acută.**

Acest sindrom apare mai ales la copii în cursul infecțiilor căilor superioare și în angine. Se manifestă clinic prin greață, vărsături, febră și dureri abdominale ce sugerează o criză colecistică sau o peritonită acută. Evoluția acestui sindrom este benignă.

1. Brennemann J. : *J.A.M.A.,* 1927, 89, 2 183.
2. Siguier F. : *Presse Méd.,* 1954, 62, 404.
3. Wilkinson J. F. : *Modern Trends in blood diseases.* London, 1955.

BRENNER (boala lui) : **tumoarea benignă a ovarului.**

Tumoarea benignă, a ovarului a lui Brenner este alcătuită dintr-un țesut asemănător fibromului ovarian și din insule sau chisturi epitelioide încorporate în tumoare. Tumoarea nu produce simptome nete de hiperestrogenemie, în schimb pot fi întîlnite diferite tulburări menstruale. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic.* Berlin, 1931.
2. Willis R. A. : *Pathology of tumors,* Ed. II. London, 1953, 488.

BREUSS (boală) : **hematomul membranei deciduale ; mola hematică ; tuberculii subcoriali.**

Este o boală descrisă de Karl Breuss și care se traduce clinic prin hemoragii în membrana decidуală și în corion, acesta din urmă căpătînd o consistență asemănătoare miomului. În acest mod, se produce o discrepanță între mărimea întregului ou embrionat și micimea fătului din cauza proeminării verucoase a corionului și amniosului în interiorul oului embrionat.

1. Beck A. C., Rosenthal A. H. : *Obstetrical practice.* Ed. 7-a, Williams and Wilkins, 1958.
2. Greenhill J. P. : *Obstetrics,* Ed. 13-a, W. B. Saunders, 1965.
3. Parsons L., Sommers S. C. : *Ginecology,* W. B. Saunders, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

4. Seitz L., Amreich A. : *Biologie und Pathologie des Weibes*, Berlin, 1951, VII, 336.

BRIGHT (boala lui) : **glomerulonefrita difuză acută.**

Este denumirea întrebuințată în trecut pentru definirea nefritelor cronice bilaterale, albuminurice și edematoase, introdusă în 1836 de Bright. Și astăzi, prin boala lui Bright, unii autori înțeleg o serie de nefropatii de etiologie necunoscută, care pot fi acute sau cronice și care se caracterizează prin proteinurie sau cilindrurie și deseori prin hematurie. Pe lîngă aceste semne locale de disfuncție renală, care depind de o inflamație nesupurativă sau de leziuni degenerative, se mai pot observa : edeme, hipertensiune și retenție azotată. Nefrologia modernă întrebuințează din ce în ce mai puțin acest termen, care grupează o serie de afecțiuni renale, diferite din punct de vedere funcțional și nu o entitate nosologică precisă cum ar fi de pildă glomerulonefrita difuză acută hemoragică.

1. Addis T., Oliver J. : *The renal lesion in Bright's disease*. New-York, 1931, Edit. Paul. B. Hoeber.
2. Bradley S. E., Bradley G. P., Tysson C. J., Curry J. J., Blake W. D. : *Amer. J. Med.*, 1950, 9, 766.
3. Dodge W. F., Travis L. B. : *Texas Rep. Biol. and Med.*, 1964, 22, 661.
4. Kassirer W. F., Schwartz W. B. : *New England J. Med.*, 1961, 265, 686.
5. Rammelkamp C. H. jr., Weaver R. S. : *J. Clin. Investigation*, 1953, 32, 345.

BRILL (boala lui) : **forma sporadică de tifos observată la indivizii care au avut tifos, s-au vindecat și fac o reșută benignă după o perioadă îndelungată, cu evoluție bună ; boala Brill-Zinsser (vezi).**

BRILL-ZINSSER (boala lui) : **tifosul recrudescent.**

Sub denumirea Brill-Zinsser se înțelege o formă sporadică de tifos observată mai ales la indivizii care au fost bolnavi de tifos, s-au vindecat și fac o reșută, mult timp după aceea, fără o cauză aparentă. Se manifestă prin cefalee, febră. Cel mai caracteristic aspect al bolii este un rash macular sau maculo-papular, care începe în a 5—6-a zi de boală. Durata febrei este de 7—11 zile. Se pare că agentul etiologic ar fi o rickettsioză.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul de laborator se pune pe testul de fixare a complementului (sau testul de aglutinare rickettsiană).

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Edit. W. B. Saunders, Philad., 1969.
2. Cox H. R. : *Science*, 1941, 94, 399.
3. Loeffler W., Mooser H. : *Schweiz. Med. Wschr.*, 1952, 82, 493.
4. Murray E. S., Snyder J. C. : *Brill-Zinsser Disease : the interepidemic reservor of epidemic louse-borne typhus Fever.* Presented at the sixth international congress of microbiology in Rome, sept. 1953.
5. Murray E. S. and others : *Brill's Disease. IV Study of 26 cases in Jugoslavia. Am. J. Pub. Health,* 1951, 41, 1 359.

BRILL-BAEHR-ROSENTHAL (boala lui) : **limfomul giganto-folicular ; hiperplazia cu foliculi limfatici giganți ; boala lui Brill-Symmers (vezi).**

BRILL-SYMMERS (boala lui) (1925) : **limfomul giganto-folicular ; hiperplazia cu foliculi limfatici giganți ; boala lui Brill-Baehr-Rosenthal ; limfoblastomul macrofolicular.**

Este o afecțiune malignă caracterizată prin hipertrofia considerabilă a foliculilor limfatici, a ganglionilor și a splinei. Se observă la indivizii care depășesc vîrsta de 40 ani. Se crede c-ar fi o varietate de reticulosarcom sau că boala reprezintă o reacție hiperplazică a țesutului limfo-reticular față de un agent toxic sau infecțios. Boala debutează insidios cu adenopatii superficiale simetrice, de volum mijlociu, dure, indolore și mobile. Splenomegalia și febra pot însoți simptomele de mai sus. Adeseori se observă și un epanșament pleural, precum și tumori în regiunea orbitară și parotidiană și exoftalmie. Biopsia ganglionară permite a se pune în evidență foliculi giganți, înconjurați de limfocite normale. Centrul este ocupat de „celule fantome", celule clare reduse la un simplu lizereu linear. În stadiile avansate se întîlnește o degenerescență sarcomatoasă. Evoluția bolii este lentă, completîndu-se cu pleurezii, localizări osoase și caşexie. Tratamentul este simptomatic. Rezultate tranzitorii se pot obține prin administrare de ACTH, cortizon, azot-iperită etc.

Scanned with OKEN Scanner

1. Blumberg R. M. și col. : *Am. J. Med.*, 1963, 35, 832.
2. Chevrel B., Chevrel J.-P. : *Presse méd.*, 1970, 78, 26, 1 119.
3. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, 1962.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
5. Rapaport H., Winter W. J., Hicks E. B. : *Cancer*, 1956, 9, 792.

BRISSAUD (sindromul lui) : **hemispasmul facial altern.**

Este o afecțiune neurologică determinată de o leziune a nervului facial în zona supranucleară, la locul din protuberanță unde fibrele facialului s-au încrucișat deja și acolo unde calea piramidală nu s-a încrucișat. Se manifestă clinic printr-o paralizie spastică de partea leziunii cu o hemiplegie contralaterală.

1. Jongkees L. B. W. : *Neurology*, 1957, 7, 697.
2. Langworth E. P., Taverner D. : *Brain*, 1963, 86, 465.
3. Lathrop F. D. : *J.A.M.A.*, 1953, 152, 19–26.
4. Saunders W. H. : *Arch. Otolaryng.*, 1963, 78, 35.

BRISSAUD-MARIE (boala lui) : **diplegia facială familială.**

Este o paralizie facială familială, congenitală, bilaterală care apare datorită unei lipse de dezvoltare a nucleului facial din protuberanță. Această paralizie facială se asociază de obicei și de o hemiplegie corticală. În aceste circumstanțe, paralizia facială este de partea opusă leziunii, adică de partea membrelor paralizate.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, edit. Masson C-ie, 1971.
2. Lathrop F. D. : *J.A.M.A.*, 1953, 152, 19.
3. Saunders W. H. : *Arch. Otolaryng.*, 1963, 78, 35.
4. Winokur S. : *South M. J.*, 1963, 56, 959.

BRISSAUD-SICARD (sindromul lui) : **sindromul protuberanțial altern ; sindromul lui Brissaud (vezi).**

BRISSAUD (boala lui) : **ticurile.**

Sub această denumire unii autori înțeleg ticurile (contracții musculare habituale), care se întîlnesc mai frecvent la nevropați și la bolnavii

Scanned with OKEN Scanner

cu distonie neuro-endocrino-vegetativă. Individul cu această boală simte nevoia irezistibilă de a efectua mișcările și este înfricoșat la gîndul că poate fi împiedicat să facă acest lucru. Bolnavul închide ochii, întoarce capul, ridică umerii etc. Ticul poate începe într-un loc și se poate întinde progresiv și la alte grupuri musculare. El poate fi controlat temporar de către voință ; se intensifică în stările emotive și încetează în timpul somnului. Se deosebește de alte mișcări involuntare prin complexitatea sa, prin caracterul actului definit și mai ales prin faptul că mișcarea este totdeauna aceeași. Tratamentul constă din administrare de sedative, tranchilizante etc. Rareori se obține vreun efect favorabil.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson edit., 1971.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique*. Edit. Masson C-ie, 1963.

BRINKMANN (sindromul lui) : **complexul simptomatic al lui Brinkmann.**

Sub numele de tetralogia lui Brinkmann se înțelege o asociere de patru simptome (polinevrită, tulburări ale tractusului digestiv, leziuni inflamatorii renale și mieloză funiculară), ce se întîlnește în cursul periarteritei nodoase. După cum se știe, această afecțiune se manifestă prin evoluție febrilă, leucocitoză și eozinofilie. Ea nu este diagnosticată corect intra vitam, decît numai în 20% din cazuri.

1. Lohse R. : *Dtsch. med. Wschr.*, 1952, 77, 47.
2. McCombs R. P. : *J. Amer. med. ass.*, 1965, 194, 1 059.
3. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. G. Thieme, 1969, Stuttgart.
4. Nuzum J. W., Nuzum J. W. jr. : *Arch. Int. Med.*, 1954, 94, 942.

BRIQUET (sindromul lui) : **reflexul lui Briquet.**

Este de fapt un reflex care constă din oprirea respirației (apnee) și afonie în momentul contracției isterice a diafragmului. Se întîlnește cel mai frecvent în isterie și la bolnavii cu labilitate psihică.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

2. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

BRISTOWE (sindromul lui) : **hemiplegia progresivă însoțită de hemipareza de partea opusă.**

Este un sindrom neurologic ce apare în tumorile corpului calos, se manifestă clinic prin hemiplegie progresivă și se însoțește de o hemipareză de partea opusă. Pe lîngă aceste simptome, bolnavul prezintă somnolență, stupoare, tulburări de deglutiție și tulburări de vorbire. Prognosticul este defavorabil și după o stare comatoasă prelungită, bolnavii decedează.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.

BROADBENT (boala lui) : **apoplexia progresivă.**

Este o formă progresivă a ictusului cerebral ce se instalează insidios, manifestîndu-se prin ameteli, vărsături și stare generală proastă, la un bolnav al cărui sensoriu nu este alterat. Ulterior, bolnavul pierde cunoștința în mod progresiv, paralizia se extinde și moartea survine pe o stare comatoasă profundă.

1. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd, Oxford, 1964.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

BROCA (boala lui) : **afazia motorie ; afazia expresivă.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea centrului motor al vorbirii, centrul lui Broca, situat la nivelul circumvoluției a treia frontale. Se manifestă clinic prin pierderea mai mult sau mai puțin completă a posibilității de exprimare verbală sau în scris a limbajului articular, fără existența unei paralizii sau leziuni ale organelor care intervin în fonație.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* 2nd, ed. Hoeber, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, edit. Masson C-ie, 1971.
4. Lederer F. L. : *Diseases of the Ear, Nose and Throat*, ed. 6-a, Davis, 1952.

BROCQ (boala lui) : **acneea miliară recidivantă ; miliara pustuloasă a lui Brocq.**

Este o dermatoză asemănătoare cu acneea vulgară de care se deosebește prin aceea că prezintă papule foarte mici, care nu supurează decît excepțional de rar și care nu prezintă comedoane. Boala se localizează la nivelul feței la femeile de vîrstă mijlocie, evoluînd în pusee subintrante foarte rebele la tratament. Alături de tratamentul local (sulf), util este de asemenea și cel hormonal (testosteron).

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, ed. 1956.
3. Sutton R. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

BROCQ (boala lui) : **descuamația persistentă a buzelor ; boala lui Crocker (vezi).**

BROCQ (boala lui) : **eritrodermia congenitală ichtioziformă ; hiperkeratoza ichtioziformă ; keratoza rubra congenitală Rille ; hiperkeratoza ichtioziformă Darier.**

Este o distrofie rară, care apare la naștere caracterizîndu-se prin focare de roșeață și rugozitate cutanată excesivă, la nivelul trunchiului. Spre deosebire de ichtioză, în această boală sînt interesate și plicele articulare. Pe lîngă cornificarea excesivă pe care o prezintă leziunile mai sus descrise, se mai observă și proliferări verucoase cu hiperfuncția glandelor sebacee, a glandelor sudoripare, creșteri excesive ale părului și unghiilor. În forma veziculară a bolii, apar vezicule ce se localizează de predilecție în straturile superficiale ale epidermului. Această din urmă formă are un caracter evolutiv mai defavorabil decît precedenta.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală, București, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology,* Blackwell, Oxford, 1968.

BROCQ (boala lui) : **eritrodermia pitiriazică în plăci diseminate ; xantodermia persistentă White-Crocker ; parapsoriazis.**

Este o afecțiune dermatologică ce se manifestă prin apariția pe trunchi și extremități a unor plăci bine delimitate de țesuturile din jur, de culoare brună, cu reflex strălucitor și cu baza neinfiltrată. Cînd se infiltrează și baza lor se produce transformarea bolii în micoză fungoidă. Această transformare poate modifica prognosticul, de obicei benign, al parapsoriazisului în plăci. Etiologia este necunoscută. Se incriminează de obicei tuberculoza, fără a se fi putut demonstra acest lucru pînă în prezent. Cel mai bun tratament al acestei boli este abținerea de la orice terapeutică.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtkrankheiten,* 1957.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, Comp., 1961.
4. Wisniewski J. : *Przegl. derm.,* 1924, 96.

BROCQ (boala lui) : **pemfigus subacut malign cu bule extensive.**

Este o dermatită asemănătoare bolii lui Düihring sau unui pemfigus obișnuit, deosebindu-se numai prin aceea că după 5—6 săptămîni de la debut, apare leziunea specifică respectivă. Aici, leziunile postbuloase nu se cicatrizează, se extind, confluează și formează zone întinse supurate. Boala se întovărășește de o febră ridicată. Bolnavul moare după cîteva săptămîni de evoluție. Corticoterapia poate influența favorabil evoluția bolii.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, edit. 1956.
3. Touraine R. : *Rev. Prat.,* 1964, XIX, 2 813.

Scanned with OKEN Scanner

BROCQ (boala lui) : **descuamarea marginată a limbii. Boala lui Bergeron** (vezi).

BROCQ (boala lui) : **descuamația persistentă a limbii ; keilita descuamativă a limbii ; keilita exfoliativă ; boala lui Mikulicz-Kümmel** (vezi).

BROCQ (boala lui) : **lichenul în rețea ; parapsoriazisul lichenoid ; parakeratoza în rețea (Santi, Politzer, Unna).**

Parapsoriazisurile constituie un grup eterogen de dermatoze, care au comun asemănarea morfoclinică în linii mari cu psoriazisul, etiologia necunoscută, evoluția cronică (de obicei indefinită).

Parapsoriazisul lichenoid al lui Brocq este o formă clinică ce se deosebește de celelalte aspecte clinice ale bolii, prin aceea că elementele caracteristice ale erupției se așază în rețea. Afecțiunea se manifestă sub forma unei erupții diseminate pe trunchi și mai ales pe membre, nepruriginoasă, constînd din mici papule roșii-închise, netede, care curînd se acoperă de o scuamă uscată, cenușie, caracteristică, ce se detașează în bloc, prin zgîrierea cu unghia sau cu chiureta. De obicei aceste elemente sînt similare cu cele întîlnite în lichenul plan roșu sau chiar psoriazis, fiind depigmentate și atrofice. În unele cazuri, boala se poate transforma în micozis fungoid. Tratamentul bolii este ineficace ; orice medicație recomandată pînă acum nu s-a dovedit activă.

1. Comaish S. : *Arch. Dermat.*, 1965, 92, 56.
2. Lomholt G. : *Psoriasis Prevalance, spontaneous course and genetics*, Gad, Copenhagen, GEI, 1963.
3. Rees R. B. and cow. : *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 544.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

BROCQ (boala lui) : **parapsoriazis în formă de picături ; pitiriazis lichenoid cronic ; boala lui Juliusberg ; dermatita psoriaziformă nodulară Jadassohn ; parapsoriazisul papulos.**

Parapsoriazisul în formă de picături face parte din marele grup eterogen avînd comună asemănarea morfoclinică în linii mari cu psoriazisul, etiologia necunoscută și evoluția cronică. Se caracterizează clinic prin apariția pe fețele flexoare ale trunchiului și ale extremităților a unor mici

Scanned with OKEN Scanner

papule roșii închise-arămii, netede, care se acoperă de o scuamă uscată și cenușie, ce se detașează în bloc după zgîrierea cu chiureta sau cu unghia. Afecțiunea nu alterează starea generală a individului și are o evoluție cronică recidivantă. Un semn de mare valoare pentru diagnosticul precis al bolii este albirea și evidențierea scuamei prin grataj moderat. Papule noi pot apare prelungind indefinit boala și conferindu-i un aspect polimorf. Nu are tratament specific. Toată terapeutica recomandată pînă în prezent s-a dovedit inutilă și inoperantă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Rees R. B. and cow. : *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 344.

BROCQ (boala lui): **pseudopelada ; alopecia atrofiantă.** **Este o afecțiune dermatologică ce debutează insidios prin zone de alopecie pe pielea păroasă a capului, de mărimi variind între 0,5—2 cm. în diametru. Zonele de alopecie nu sînt complete, însă la acest nivel pielea este atrofică. Evoluția este lentă, cronică, fără alte manifestări. Boala este facilitată în apariția ei de diferiți factori neurotrofici, toxici sau în urma unor procese inflamatorii, sclerotice sau atrofice. Nu se cunoaște cauza precisă a bolii. Tratamentul este iluzoriu. Zăpada carbonică, uleiul de cadini, pot încetini întrucîtva evoluția bolii, care este cronică și progresivă.**

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Degos R., Rabut R., Duperat B., Leclercq P. : *Bull. franc. Dermat-Syph.* 1951, 58, 451.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

BROCQ (boala lui) : **sicozis lupoid ; acneea pilară cicatricială depilantă Besnier ; eritem centrifug sicoziform Unna ; dermatita sicoziformă atrofică Ducrey-Stangiel ; sicozis stafilococic ; sicoza cicatricială ; sicozisul lupoid Brocq** (vezi).

Scanned with OKEN Scanner

BROCQ (boala lui) : **pigmentarea peribucală ; dermatoza pigmentată peribucală ; paraketoza pigmentogenă peribucală Degos.**

Este o afecțiune dermatologică ce se manifestă clinic sub forma unor focare de hiperpigmentare în jurul gurii, de culoare galben-brună și cu contur neregulat, cu tendință la descuamare furfuracee și cu simptomatologie inflamatorie moderată, ce apare exclusiv la femeile cu tulburări ale funcției ovariene sau seboreice. Unii autori ca Gjibobski crede că această boală n-ar reprezenta decît forma latentă a acneei rozacee.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Kanof N. B. : *M. Clin. North America,* 1965, 49, 593.
3. Lerner A. B., McGuire J. S. : *New England J. Med.,* 1964, 270, 539.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* ed. XI, Mosby, 1956.

BROCQ (sindromul lui) : **pemfigusul ereditar traumatic (Brocq) ; epidermoliza buloasă simplă Koebner ; buloza mecanică ereditară.**

Este o afecțiune dermatologică ce apare la noii-născuți sau la sugari, manifestîndu-se clinic prin apariția unor bule cutanate superficiale, ce apar în urma traumatismelor. Ele sînt localizate rar pe mucoase. Se vindecă spontan și nu lasă atrofii sau cicatrice evidente. Evoluția este lentă și vindecarea sau ameliorarea are loc în timpul maturării sexuale. Nu se cunoaște etiologia acestei boli.

1. Beutner E. H. and cow. : *J.A.M.A.,* 1965, 192, 682.
2. Pautrier L. : *Nouv. prat. dermat.* (Paris), 1936, 497, 7.
3. Sanders S. L., Nelson C. T. : *M. Clin. North America,* 1965, 49, 689.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine,* Paris, 1955.

BROCQ (boala lui) : **prurit circumscris cu lichenificare ; lichen cronic simplu Widal ; neurodermita Brocq ; pruritul localizat.**

Este o dermatoză ce se manifestă subiectiv prin prurit intens și tenace, localizat în focare distincte, cu sediul de predilecție la nivelul re-

Scanned with OKEN Scanner

giunii cervicale, a regiunii anale, labei și pe fața dorsală a piciorului. Boala apare de obicei la indivizii cu tulburări neuro-endocrinovegetative și la cei care au suferit traume psiho-emoționale importante sau au avut de înfruntat diferite agresiuni alergice. Traumatismele pielii sau leziunile de grataj au de asemenea rol important în declanșarea apariției bolii. Tratament simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Pautrier L. : *Nouv. prat. dermat.*, Paris, 1936, 497, 7.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.

BROCQ-DUBREUILH (sindromul lui) : **keratodermia eritematoasă în plăci diseminate ; eritrokeratodermia simetrică progresivă ; eritrodermia verucoasă în cîmpuri simetrice progresive.**

Este o dermatoză ce se manifestă sub forma unor plăci de diferite mărimi și forme, eritematoase sau eritematodescuamative, care se descuamează lent. Boala face parte din grupul eritrodermiilor localizate, de etiologie necunoscută. Pot apărea imediat după naștere sau chiar și mai tîrziu. Deseori, boala poate fi confundată sau considerată ca o varietate localizată a eritrodermiei ichtiozice congenitale a lui Brocq. Pe leziunile bolii respective, deseori, se pot dezvolta epitelioame spino-celulare. Tratament simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
3. Gaus O., Kochs A. : *Hautarzt*, 1951, 9, 389.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

BROCQ-DÜHRING (boala lui) : **dermatita polimorfă dureroasă.**

Este o boală care face parte din grupul dermatitelor buloase, cu etiologie necunoscută, ce apare în adolescență și se caracterizează după Darier prin următoarele simptome : polimorfismul erupției, fenomene dureroase foarte accentuate, o stare generală bună și tendința la reci-

Scanned with OKEN Scanner

dive. Debutul se face direct prin erupție sau printr-un prurit prealabil. Erupția cutanată sau mucoasă este compusă din pete sau plăci eritematoase multiple, presărate sau înconjurate de vezicule herpetiforme sau bule. Fenomenele dureroase se manifestă prin senzația de prurit sau de arsură, care se exacerbează seara și noaptea. Nu există adenopatie satelită. Tratamentele întrebuințate astăzi: sulfamidele, corticoterapia, antihistaminicele, BAL (dimercaptopropanol), nu au reușit să împiedice reapariția bolii (recidive).

1. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

BROCQ-PAUTRIER (boala lui): **angiolupoidul.**

Este o afecțiune considerată de cei mai mulți autori ca făcînd parte din boala lui Besnier-Boeck-Schaumann. Sarcoidele cu noduli mari (lupoizi) sub care se manifestă boala se caracterizează prin apariția pe tegumente a 2—3 elemente roșii-violacee, moi, cu teleangiectazii. Se observă mai frecvent la femei, în jurul vîrstei de 40 ani. Structura histologică a nodulilor este asemănătoare celei din sarcoidul Boeck. Tuberculoza pulmonară sau pleurală facilitează apariția bolii, în care deseori, reacțiile la tuberculină sînt pozitive. Nu are tratament specific.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Walter R.: *Pol. Gaz. Lek.*, 1922, 107, 126, 152.

BROCQ-PAUTRIER (sindromul): **glosita rombică mediană; papilomul dur Cutler.**

Boală descrisă în 1914, glosita rombică mediană, se manifestă sub forma unui proces inflamator situat pe linia mediană a limbii, distal față de papilele caliciforme. Regiunea inflamată prezintă o colorație roșie, cu papile atrofice pe o zonă ce îmbracă forma geometrică de romb. Se crede că afecțiunea este determinată de tulburările de dezvoltare a tuberculului impar al lim-

Scanned with OKEN Scanner

bii. Boala are o evoluție îndelungată și se întîlnește cel mai frecvent la bărbați, mai ales după vîrsta de 30 ani. Boala nu se manifestă prin nici un simptom subiectiv.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson, Paris, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Kwiatkowski L. : *Przegl. derm.*, 1933, 28, 715.

BRODIE (boală) : **abcesul lui Brodie ; osteomielita localizată cronică.**

Este un proces inflamator de resorbție osoasă metafizară, cu conținut albuminos steril și fără condensare în jur, ce se observă mai frecvent la copiii pînă la vîrsta de 14 ani și îndeosebi la băieți. Procesul inflamator se localizează în regiunea distală a tibiei, humerusului, femurului și radiusului. Boala se însoțește de dureri nocturne. La examenul radiologic se constată un focar de transparență, bine delimitat, de formă rotundă, înconjurat de o zonă de scleroză osoasă și în care se poate remarca uneori prezența unui mic sechestru. Nu se observă reacție, peri sau subperiostală. Tratamentul chirurgical (curetajul cavității) grăbește vindecarea, care se poate produce și spontan.

1. Brailsford J. T. : *Brit. J. med.*, 1938, 2, 119.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
4. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

BROOKE (boala lui) : **keratoza foliculară contagioasă.**

Este o afecțiune ce apare de obicei la mai mulți copii ai aceleiași familii. Boala se caracterizează printr-o serie de noduli foliculari asemănători comedoanelor, dar fără să se lase exprimați, situați la nivelul feței. Ei reprezintă chisturi foliculare de retenție. Cauza infecției, care răspunde de obicei foarte bine la atingeri dezinfectante sau unguet cu detergent, este probabil, un virus.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

BROOKE (sindromul lui) (1892) : **epiteliomul adenochistic ; trichoepiteliom papulos multiplu (Jarisch) ; nevul tricoepiteliomatos (Werther) ; acantomul adeno-chistic (Unna) ; nevii epiteliomatoşi chistici (Winkler).**

Boala se prezintă sub forma unor noduli semitransparenţi, asemănători veziculelor, de consistenţă dură, nedureroşi, diseminaţi sau grupaţi, care se localizează de predilecţie pe faţă, mai rar în alte regiuni, dezvoltîndu-se consecutiv displaziei efelidelor. Boala are caracter congenital, uneori familial şi cu frecvenţă crescută la indivizii tineri. Malignizarea leziunilor este cu totul excepţională.

1. Brooke Ch. : *Brit. J. Dermat.*, 1892, 269.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

BROOKE (sindromul lui) : **keratodermia ; keratodermia palmară şi plantară a adulţilor ; keratodermia eritematoasă.**

Leziunile de keratodermie Brooke se localizează exclusiv la nivelul palmelor şi plantelor. Concomitent, pot apărea, în alte regiuni, focare eritemato-descuamative, dispuse simetric ca în eritrokeratodermia simetrică Darier. Boala apare la indivizii în vîrstă, deseori în aceeaşi familie. Nu se cunoaşte cauza. Mulţi consideră această boală ca o formă latentă a eritrodermiei ichtiozice Brocq. Tratament simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, edit. Paris, 1956.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine*, W. B. Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

BROUVER (boala lui) : **atrofia cerebeloasă difuză.**

Este o afecțiune neurologică determinată în urma unor procese atrofice ale cerebelului, care evoluează relativ rapid (1—3 ani) și care apar consecutiv unor metastaze ale neoformațiilor maligne sau în urma unor intoxicații endogene. Se manifestă clinic prin toate semnele caracteristice sindromului cerebelos.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.

BROWN (sindromul lui) : **pseudoparalizia micului oblic.**

Este o afecțiune oftalmologică ce se caracterizează clinic printr-o pseudoparalizie a micului oblic cu imposibilitatea de ridicare în adducție. Acest fenomen se datorește fibrozei tecii marelui oblic, care face imposibilă coborîrea polului inferior. Acest lucru explică de ce adducția în elevație este imposibilă de realizat în cursul intervenției chirurgicale. Tratamentul este dificil, iar uneori, eliberarea chirurgicală a tecii marelui oblic dă rezultate inconstante.

1. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuro-radiologique en ophtalmologie*. Masson C-ie, 1966.
2. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.
3. Woillez M., Tessier P. : *Bull. et Mem. Soc. Ophtalm. de France*, 1967, 578.

BROWN-SÉQUARD (boala lui) : **epilepsia reflexă.**

Este o afecțiune care se manifestă clinic ca și epilepsia, însă spre deosebire de epilepsia clasică, are nevoie pentru declanșarea crizelor de un excitant extern. Acesta determină fenomenul patologic în mod reflex, fapt demonstrat experimental la animal. Apariția acestui tip de epilepsie se poate produce atît la indivizi care au avut anterior crize de epilepsie, cît și în mod spontan. Ceea ce este caracteristic acestui tip de epilepsie este obligativitatea excitației periferice.

1. Kreindler A. : *Neurologia, vol. I–II*, Editura Medicală, București, 1957.

Scanned with OKEN Scanner

2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 2nd, Editura Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, Ed. Williams and Wilkins 1955.

BROWN-SÉQUARD (sindromul lui) : **sindromul clinic din hemisecțiunea măduvei spinării.**

Sindromul Brown-Séquard apare în hemisecțiunea măduvei spinării. Se caracterizează de partea leziunii prin : paralizie de tip neuron periferic în segmentul lezat, paralizie de tip neuron superior dedesubtul leziunii, zonă de anestezie radiculară în segmentul cutanat lezionat, hiperestezie superficială tranzitorie dedesubtul zonei anestezice, anestezie profundă (proprioceptivă și vibratorie dedesubtul nivelului leziunii). De partea opusă a leziunii se observă anestezie tactilă, anestezie la durere și anestezie termică ; toate acestea sînt dedesubtul leziunii.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. Edit. W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Edit. Masson C-ie, 1963.
3. Merritt H. H. : *A textbook of Neurology*, 3rd, Edit. Lea and Febiger, 1963.

BROWN-SYMMERS (boala lui) : **encefalita seroasă acută.**

Este o varietate de encefalomielită supraacută, descrisă în Statele Unite, care se observă la copilul mic între 1—7 ani, fiind determinată probabil de un virus. Se manifestă clinic prin febră ridicată, vărsături, diaree, meningism, convulsii, hemiplegie sau paralizie bulbară. Moartea survine în decurs de 2—3 zile de evoluție din cauza tulburărilor respiratorii, a paraliziilor și a convulsiilor.

1. Hammon W. M. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1958, 70, 292.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases*. Edit. Lea and Febiger, 1950.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases*, ed. 5-a, Mosby, 1964.

BRUCE (boala lui) : **bruceloza caprină ; melitococemia ; febra de Malta ; febra de Cipru ; febra de Gibraltar ; febra napolitană ; febra ondulantă Bruce ; febra de Rio Grande ; febra mediteraneană remitentă gastrică.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o varietate de bruceloză determinată de brucella melitensis precum și brucella umană, ce se caracterizează clinic printr-o fază acută cu febră intermitentă și neregulată și semne minore de localizare și o fază subacută cu febră, algii și transpirații profuze, după care bolnavul rămîne epuizat. Împreună cu brucella abortus și brucella suis, fac parte din grupul brucelozelor, boli determinate de germeni patogeni din genul „Brucella". Complicațiile cele mai frecvente sînt: leziunile osoase și articulare, ca spondilita și artrita supurată, endocardita bacteriană subacută, encefalita și meningita. Bruceloza este rareori mortală, fie în forma acută, fie în forma cronică. Tratamentul specific constă din asocierea de tetraciclină și streptomicină.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M.: *Elemente practice de diagnostic și tratament.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Spink W. W.: *The nature of brucellosis.* Univ. of Minnesota, 1956.
3. Top F. H.: *Communicable and infectious diseases,* ed. 5-a, Mosby, 1964.

BRUENAUER (sindromul lui): **malformații ale bolții palatine și descuamarea palmelor și plantelor.**

Este o dermatoză caracterizată prin descuamarea palmelor și a plantelor, care se întovărășește de transpirații profuze și o boltă palatină înaltă. Boala are caracter ereditar. Nu are tratament.

1. Bruenauer St. R.: *Acta dermat. venerol.,* 1923, 4, 389.
2. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962.
3. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie,* Maloine, 1956.

BRUENAUER-FUCHS (sindromul lui): **keratodermia striată sau în formă de benzi.**

Este o afecțiune dermatologică cu etiologie necunoscută ce se manifestă prin descuamația excesivă a epidermului, localizată la nivelul suprafețelor palmare ale degetelor și mîinilor, excepțional pe plante. Descuamația are caracter linear și nu se însoțește de transpirații. Boala apare relativ tîrziu, spre deosebire de forma dură a keratomului plantar și palmar, care apare pre-

Scanned with OKEN Scanner

coce şi care, deseori, este confundată cu sindromul **Bruenauer-Fuchs.**

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V-a, W. B. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
3. Siemens W. : *Arch. Derm. Syph.*, 1929, 157, 2, 392.

BRÛGER-GRÛTZ (boală) (1932) : **hiperlipemia familiară esenţială ; hiperlipemia idiopatică esenţială; xantomatoza tuberoasă ; hiperlipoproteinemia tip I a lui Fredrickson.**

Este o hiperlipidemie determinată de creşterea lipidelor în sînge la valori de 20 gr sau chiar de 100 gr la litru ; serul este tipic cremos. În timp ce trigliceridele cresc, colesterolul atinge valorile superioare normale. Se manifestă clinic prin xantoame miliare eruptive, hepato-splenomegalie moderată şi uşoare crize dureroase epigastrice. Boala depinde de alimentaţie, pentru că reducerea lipidelor alimentare determină modificarea semnelor clinice şi umorale. Heparina nu are nici un efect; există un deficit de lipoproteinolipază. Boala nu predispune la ateromatoză. Boala este transmisă printr-o genă autosomală recesivă. Nu are tratament specific.

1. Berge K. G., Ellefson R. D. : *The medical clinics of North Amer.*, 1970, 54, 1 029–1 035.
2. Buerger M., Grütz O. : *Arch. Derm. und Syph.*, 1932, 166, 542.
3. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. Edit. W. B. Saunders, 1969.
4. Loeper J., Rouffy J. : *La presse méd.*, 1970, 78, 1 219–1 222.
5. Lemaire A. : *La presse méd.*, 1970, 78, 1 467.

BRUGSCH (boala lui) : **acromicurie sau distrofie osteo-genitală.**

Este o boală endocrină caracterizată prin diabet insipid complicat cu hipogenitalism şi hipotrofia extremităţilor. Cauza acestei afecţiuni pare a fi o insuficienţă a lobului anterior al hipofizei determinată de o tuberculoză, tumoare sau de o hiposecreţie de hormon de creştere în cursul gestaţiei. Afecţiunea se poate întovărăşi şi de tulburări ale secreţiei altor glande endocrine. Tabloul

Scanned with OKEN Scanner

clinic se caracterizează prin degetele mîinilor și picioarelor scurte și groase, dureri la palpare, căderea părului, hipotonie musculară, impotență și acrocianoză. Metabolismul bazal este ușor scăzut. Tratamentul constă în administrare de extracte post-hipofizare.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Flammarion, Paris, 1949.
2. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Exp. Scient. Franc., Paris, 1966.
3. Teichmann P., Placke W. : *Sammlung seltener klinischer Fälle.* Leipzig, 1951.
4. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands.* Edit. Lea and Febiger, 1951.

BRULÉ-GARABAN (sindromul lui) : **sindromul Abrami (vezi).**

BRUN (sindromul lui) : **ataxia frontală.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea lobului frontal encefalic, care nu se însoțește de paralizii, însă prezintă în locul acestora tulburări de echilibru cu mers lent, ezitant și deseori, foarte dificil.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology,* Edit. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, 1971.

BRUNNER (boala lui) : **paralizia cronică progresivă a globilor oculari ; polioencefalita cronică superioară ; oftalmoplegia cronică progresivă ; boala lui Graefe (vezi).**

BRUSHFIELD (sindromul lui) : **petele lui Brushfield.**

Un semn foarte important pentru diagnosticarea precisă a bolii lui Langdon-Down sînt petele lui Brushfield. Acestea sînt niște pete mici, albe, situate la nivelul irisului, de culoare mai deschisă, al sugarului. Cînd irisul începe să se închidă la culoare (odată cu vîrsta), aceste pete pot dispare.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuroradiologique en ophtalmologie.* Masson C-ie, 1966.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

BRUTON (boala lui) (1952) : **agamaglobulinemia congenitală.**

Este o boală determinată de tulburări ale sintezei imunoglobulinelor, descrisă în 1952 de Bruton şi Good. Studiile experimentale au arătat că ea se datoreşte insuficienţei formării anticorpilor după stimulare antigenică. Bolnavii cu această afecţiune suferă de numeroase infecţii bacteriene, care pot îmbrăca diferite forme. Electroforetic se observă o absenţă a gama-globulinelor. Agamaglobulinemia congenitală apare ca un caracter recesiv legat de sex. La femeile purtătoare nu s-a descoperit nici o anomalie a gama-globulinelor. Tratamentul constă din administrarea de gamaglobulină.

1. Bruton O. C. : *Pediatrics*, 1952, 9, 722.
2. Desmons F., Walbaum R. : *Lille méd.*, 1972, XVII, 3, 447.
3. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală, Bucureşti, 1966.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Bucureşti, 1965.
5. Good R. A., Rotstein J., Mazzitello W. G. : *J. Lab. Clin. Med.*, 1957, 49, 343.
6. Waldmann T. A., Strober W. : *Progr. Aller.*, 1969, 13, 1–110.
7. Waldmann T. : *New Engl. J. Med.*, 1969, 281, 21, 1 170.

BUCHEM VAN (boala lui) : **hiperostoza corticală generalizată ; boala lui Barkwin-Golden-Fox** (vezi).

BUDD-CHIARI (sindromul lui) (1845—1898) : **tromboza venei hepatice.**

Sindromul se datoreşte unei tromboze, de obicei la nivelul unirii venei hepatice cu vena cavă. În formele acute, ficatul este hemoragic, tumefiat şi adesea necrozat. În formele cronice, sînt numai zone de necroză. Ca etiologie, se pot întîlni cauze intrahepatice (chist echinococus, tumori, inmigratoare, peritonită, traumatism hepatic) şi cauze intrahepatice (kist echinococus, tumori, infecţii ale căilor biliare, flebita obliterantă intrahepatică). În formele acute, tabloul clinic este dominat de ascită, edem şi hemoragii digestive ; în cele cronice, de sindrom de hipertensiune portală şi splenomegalie. Diagnosticul este foarte greu de pus. Tratamentul este etiopatogenic, cînd este posibil, sau şi simptomatic.

Scanned with OKEN Scanner

1. Armstrong C. D., Carnes W. H. : *Am. J. M. Sc.* 1944, 208, 470.
2. Chiari H. : *Heilkunde*, 1898, 19, 475.
3. Chiari H. : *Beitr. path. Anat.*, 1899, 26, 1.
4. Gaebell H., Dolle W. : *Deutsch. Med. Wschr.* 1972, 97, 44, 1701.
5. Patek A. jr. : *Thrombosis of the hepatic veins (Budd-Chiari Syndrome)*. Russell Cecil : *A textbook of medicine*, 1955, ed. W. B. Saunders.

BUGARD-SOUVORES-COSTE-VALDE-SALLE (sindromul lui) (1953) : **surditatea progresivă a aviatorilor.**

Este o afecțiune caracterizată clinic printr-o surditate progresivă, cu evoluție lentă, care se însoțește în același timp de astenie musculară, oboseală, hiperexcitabilitate nervoasă, slăbire și hipotonie. Boala se observă cel mai frecvent la aviatori și la personalul din industria aviatică și se datorește acțiunii undelor ultrasonore și a vibrațiilor cauzate îndeosebi de motoarele cu reacție.

1. Bugard-Souvores, Coste I., Valde S., Salle V. : *Sem. hôp.* Paris, 1953, 65.
2. Fowler E. P., Hay T. H. jr. : *Arch. Otolaryng.*, 1961, 73, 295.

BUHL (boala lui) (1861) : **degenerescența grăsoasă acută a nou-născutului ; septicemia nou-născuților.**

Este o boală determinată de o infecție cu stafilococi, contractată intra-partum sau chiar intrauterin, care se traduce clinic prin icter progresiv și hemoragii mucoase și cutanate. Boala evoluează afebril. Prognosticul este infaust : moartea se produce în scurt timp de la apariția ei prin colaps și cianoză pronunțată.

1. Buhl L. : *Die akute Fettdegeneration des Neugeborenen.* Leipzig, 1861.
2. Parsons L., Sommers S. C. : *Ginecology*, W. B. Saunders, 1962.
3. Tenny B., Little B. : *Clinical Obstetrics*. W. B. Saunders, 1961.

BUREAU-BARRIERE (sindromul lui) : **acropatia ulcero-mutilantă nefamilială.**

Izolat ca entitate nosologică în 1953, acest sindrom este o acropatie ulcero-mutilantă nefamilială. În general, sînt atinși bărbații după vîrsta de 50 ani, la care, în antecedente, se întîlnesc

Scanned with OKEN Scanner

adesea traumatisme la nivelul picioarelor, degerături etc. Boala se întîlnește de asemenea, mai des, la alcoolici și tarați. Sindromul neurologic se caracterizează prin disociație termo-analgezică în șosetă sau ciorap de tip siringomielitic. Sensibilitatea profundă este normală. Se observă în unele cazuri și tulburări vaso-motorii importante : hipersudorație cutanată care dă picioarelor un aspect neted, violaceu ca și cel din acrodinie. Se aseamănă uneori cu boala lui Thévenard.

1. Kissel P., Schmitt J., Barrucand D. : *Rev. Prat.* 1967, 17, 1731.
2. Thévenard A. : *Acta neurologica et psychiatrica belgica*, 1953, 53, 1–23.
3. Weber M., Bergoend H. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 10, 569–577.

BUERGER (boala lui) : **trombo-angeita obliterantă ; boala Billroth-Winiwarter-Buerger ; boala Winiwarter-Buerger ; trombangeita obliterantă intermitentă.**

Este o boală de cauză necunoscută, care se observă aproape exclusiv la bărbații tineri și care se caracterizează printr-o panvascularită acută obliterantă cu evoluție în focare succesive. Procesul patologic începe în trunchiurile vasculare mijlocii (cubitală, radială, tibială posterioară și anterioară). Excepțional, procesul patologic se poate întîlni și la vasele cordului sau ale creierului. Leziunile care debutează cu o proliferare a celulelor endoteliale ale intimei se întovărășesc apoi de o tromboză, care, în cele din urmă, obstruează complet lumenul arterial. Simptomatologia clinică este dominată de dureri (claudicație intermitentă), sensibilitate crescută la frig, furnicături etc. Diagnosticul se pune pe baza claudicației intermitente și a durerii de decubit, pe alterațiile ischemice și trofice ale pielii din regiunea interesată, prin existența unei tromboflebite superficiale migratorii și pe existența unor antecedente tabagice. Suprimarea tutunului, anticoagulantele, simpatectomia lombară și piretoterapia pot împiedica evoluția bolii sau recurgerea la tratamentul operator (amputație).

1. Abramson D. L. and cow. : *Am. J. Cardiol.*, 1963, 12, 107, 118.
2. Horowitz O. : *Ann. Int. Med.*, 1961, 55, 341–344.

Scanned with OKEN Scanner

3. Wessler S. and Cow. : *New Engl. J. Med.*, 1960, 262, 1149–1160.

BÜRGER-GRÜTZ (sindromul lui) : **xantomatoza esențială ; hiperlipemia esențială.**

Sindromul lui Bürger-Grütz este o dislipoidoză, afecțiune caracterizată prin acumularea în diferite părți ale organismului de mari celule spumoase ce conțin substanțe lipoide. Aceste celule sînt de origine reticulo-endotelială. Acest sindrom este o dislipoidoză colesterolică sau o xantomatoză, caracterizată prin existența, la nivelul feței și a extremităților, a unor xantome multiple. Boala se întovărășește, în afară de aceste xantome și de o hepato și o splenomegalie. În unele cazuri, poate coexista și o pancreatită. În punctatul medular se găsesc celule reticulo-endoteliale infiltrate cu substanțe lipoidice. În sînge, se observă hiperlipidemie și hipercolesterolemie. Tratamentul constă din regim alimentar și medicație anticolesterolemizantă.

1. Boulet P. : *Bull. Soc. Med. Hôp.* Paris, 1937, 73, 453.
2. Guravich J. L. : *Am. J. Med.*, 1959, 26, 8–29.
3. Jolliffe N. : *Clinical Nutrition*, ed. II, Hoeber, 1962.
4. Loeper J., Rouffy J. : *Progr. Med.*, 1970, 98, 313.
5. Reisel J. H. : *Hypercholesterolemia and clinical atherosclerosis.* Rotterdam, Wyr., 1968.

BURKA (sindromul lui) : **icterul cronic idiopatic.**

Este o formă clinică de icter cronic idiopatic, care debutează în copilărie și evoluează în pusee în care bilirubina directă și indirectă este crescută în sînge. În același timp se produce și o bilirubinurie. Ficatul este ușor mărit de volum, însă probele funcționale hepatice sînt normale. La examenul anatomo-patologic se constată că ficatul are o culoare neagră datorită prezenței în hepatocit a unui pigment negru. Structura ficatului este normală. Este o afecțiune familială benignă, determinată probabil de o perturbare a excreției bilirubinei conjugate sau directe în căile biliare.

1. Brick I. B., Eckert G. E. : *Gastroenterology*, 1963, 4, 482.
2. Dal Monte P. R., Lodi L., Miti L. : *Giornale di Clin. Medica*, 1964, XLV, fasc. 11, p. 1080–1097.

Scanned with OKEN Scanner

3. Lester R., Schmid R. : *New Engl. J. Med.*, 1964, 270, 779.
4. Russu G., Stanciu C., Cimpoeș C., Boingeanu A., Popescu N. : *Icterul cronic congenital.* Com. USSM, Soc. de Medici și Naturaliști Iași, 1967.
5. Sherlock S. : *Brit. Med. J.*, 1962, 1, 1359.

BURKE (sindromul lui) : **vanishing lung ; dispariția totală sau parțială a segmentelor pulmonare ; sindromul lui Martini-Balestra (vezi).**

BURKITT (boală) : **limfomul lui Burkitt.**

Este un limfom mai frecvent întîlnit la copiii din Africa, de etiologie probabil virală, care evoluează lent, situîndu-se în ceea ce privește etiopatogenia și evoluția între tumorile benigne și cele maligne.

1. Bluming A. Z. și colab. : *Brit. J. of Haematology*, 1972, 22, 3, 369.
2. Ziegler J. L. : *Münch. med. Wschr.*, 1972, 114, 1, 13–18.

BURNETT (sindromul lui) : **sindromul lapte-alcaline; hipercalcemia fără hipercalciurie și hipofoafatemie cu calcinoză și insuficiență renală.**

Este un sindrom descris de Burnett în 1949, care se datorește unei ingestii în cantități mari de lapte și de bicarbonat de sodiu, la bolnavii cu ulcer, ceea ce duce cu timpul la hipercalcemie cu alcaloză. Se caracterizează clinic prin grețuri, vărsături, anorexie, tulburări psihice, sindrom poli-uro-polidipsic, conjunctivită, prurit, colică nefretică, poliartrită acută. Se mai observă deseori keratită, depozite calcare cristaliniene, nefrocalcinoză și calcificări metastazice. Din punct de vedere biologic, se observă hipercalcemie, alcaloză și insuficiență renală. După suprimarea tratamentului cu lapte și alcaline, insuficiența renală persistă (în sindromul lui Cope, ea dispare), se produce o normalizare lentă a calcemiei și rareori o diminuare a metastazelor calcice.

1. Burnett C. H., Commons R. R., Albright F. : *New England J. Med.* 1949, 240, 787.
2. Berner A. : *Helv. med. acta*, 1944, 11, 141.
3. Cappoen J. P., Belbenoit C., Filoche B., Linquette M. : *Lille méd.* 1971, 16, 9, 1289.
4. Crabbe P. : *Acta gastro-enterolog, belg.*, 1959, 6–7, 351.

Scanned with OKEN Scanner

5. Miller J. M., Freeman I., Heath W. H. : *J. Amer. Med. Ass.* 1952, 148, 198.
6. Punsar S., Somer T. : *Acta Med. Scand.* 1963, 173, 435.

BURZEZICKI (sindromul lui Brzezicki sau Burzezicki) (1927) : **parkinsonismul postapoplectic ; sindromul rigido-amotor ; sindromul hipertonico-akinetic.**

Este un sindrom neurologic descris în anul 1927, ce se manifestă din punct de vedere clinic ca şi sindromul lui Parkinson. Acest sindrom apare după accidentele cerebrale. Tabloul clinic este dominat de tremurături „statice" sau de repaus, rigiditate musculară, facies rigid, bradikinezie, pierderea mişcărilor automate şi asociate, vorbirea lentă, monotonă şi disartrică etc. Evoluţia şi prognosticul bolii depind de gradul şi mersul afecţiunii vasculare cerebrale.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.

BUSCHKE (boala lui) : **scleredemul lui Buschke : sclerodermia edematoasă a lui Hardy.**

Este o sclerodermie ce apare brusc, de cele mai multe ori după o infecţie localizată (erizipel) sau generalizată (angină, scarlatină etc.). Boala se extinde rapid însă limitat din aproape în aproape, dezvoltîndu-se la nivelul ţesutului subcutanat, fără modificarea aparentă a pielii. Boala se poate vindeca spontan în cîteva luni ; unele forme se pot însă croniciza. Originea infecţioasă a bolii este foarte adevărată, în schimb cea endocriniană, ipotetică. Boala este încadrată în grupul colagenozelor. Alături de iod, tratamentul corticoterapic constituie o medicaţie valoroasă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Ed. Maloine, 1956.
2. Gardner D. L. : *Pathology of the connective tissue diseases.* Ed. Williams and Wilkins, 1965.
3. Talbott H., Ferrandis M. : *Collagen Diseases.* Grune and Stratton.
4. Madison L. L. : *Amer. J. Med.*, 1950, 9, 707.

Scanned with OKEN Scanner

5. Touraine A., Golel I., Soulignac Ch. : *Ann. Derm. Syph.*, 1937, 8, 761.

BUSCHKE-LOWENSTEIN (boală) : **condilomatoza acuminată gigantă.**

Este o dermatoză care se caracterizează prin apariția în regiunile vulvare și perianale, la nivelul mucoaselor, a unor plăci papulo-hipertrofice gigante. Se pot confunda de foarte multe ori cu condiloamele plane luetice.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.
3. Vulcan P. : *Derm-Vener.* (București), 1972, 17, 2, 101.

BUSSE-BUSCHKE (boală) : **criptococoza ; toruloza ; blastomicoza europeană.**

Este o micoză cronică, adesea fatală, care atinge de obicei creierul și meningele, deseori pulmonii, viscerele, pielea și articulațiile, produsă de infecția cu criptococus neoformans sau torula histolitica, o ciupercă constituită din mici celule rotunde înconjurate de o capsulă gelatinoasă. Se întîlnește în toată lumea, atingînd mai ales bărbații între 40—50 ani. Histopatologic : în pulmoni și creier se găsesc chiști gelatinoși ce conțin ciuperca. Clinic se manifestă prin simptome nervoase (ca o meningită subacută), pulmonare (ca un cancer pulmonar) și cutanate (papule și ulcerații granulomatoase). Prognosticul este foarte grav.

1. Conant N. F. și colab. : *Manual of Clinical Mycology.* W. B. Saunders, 1954.
2. Dalldorf G. (sub redacția) : *Fungi and Fungous Diseases,* Thomas, 1962.
3. May J. : *Pol. Tyg-Lek.*, 1958, 13, 480.

BYWATERS (sindromul lui) : **sindromul de strivire ; crush-syndrome ; tubulo-necroza mio-renală (Bingold).**

Este o nefropatie determinată de un traumatism muscular important cu zdrobirea părților moi ale membrelor, fără fractură, ce se produce mai ales în timp de război, după bombardamente, urmate de dărîmături. După o perioadă de timp relativ scurtă, apare o stare de șoc cu mioglobi-

Scanned with OKEN Scanner

nurie, obligurie, anurie și insuficiență renală acută. Boala este foarte gravă și în circa 50% din cazuri, chiar întrebuințînd mijloacele de epurație extra-renală se produce moartea individului respectiv.

1. Franklin S. S., Merrill J. P.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 711.
2. Kiley J. E., Powers S. R. jr., Beebe R. T.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 481.
3. Maher J. F., Schreiner G.: *Arch. Int. Med.*, 1962, 110, 493.
4. Merrill J. P.: *Adavances Int. Med.* 1960, 10, 127–150.
5. Swann R. C., Merrill J. P.: *Medicine*, 1953, 32, 215–292.

Scanned with OKEN Scanner

C

CABANNES (boala lui): **agenezia primitivă a nucleului perechii a VII-a de nervi cranieni.**

Este o afecțiune neurologică determinată de agenezia primitivă a perechii a VII-a de nervi cranieni. Simptomele clinice neurologice sînt caracteristice absenței nucleului acestei leziuni și se manifestă prin semne faciale, întrucît nervul facial este nervul motor al feței. Nucleul acestui nerv este situat în protuberanță, în șanțul bulbo-protuberanțial și după ce traversează stînca, gaura stilo-mastoidiană, inervează mușchii feței. Agenezia acestui nucleu determină paralizii faciale de tip central și uneori, chiar periferic.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*. 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Edit. Masson C-ie, 1971.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Edit. Masson C-ie Paris, 1963.
4. Kreindler A.: *Neurologia*. Vol. I–II, 1957. Edit. Medicală, Buc.

CACCHI-RICCI (boala lui): **ectazia tubulară pericalicială.**

Scanned with OKEN Scanner

Boala a fost descrisă în 1948 de Cacchi și Ricci sub termenul de „rinichi în burete" sau de „nefrospongioză". Antoine și colaboratorii denumesc ulterior acest sindrom „ectazie canaliculară pericalicială". Este o boală familială al cărei mod de transmitere nu este precizat, care rămîne latentă și asimptomatică pentru o perioadă mai mult sau mai puțin lungă de vreme, punîndu-se în evidență doar cu ocazia unor eventuale complicații : colică nefretică, hematurie, proteinurie, pielonefrită acută purulentă etc. Examenul radiologic pune în evidență imaginea tipică.

1. Antoine B., Anagnostopoulos T., Parienty R., Watchi J.–M. : *Actualités Néphrologiques de l'Hôpital Necker*, 1963, 79–100. Paris.
2. Cacchi R., Ricci V. : *Atti Soc. Ital. Urol.*, 1948, 21, 59–63.
3. Darius F., Nahum H., Mosse A., Barge J., Moreau C. : *Presse méd.* 1970, 78, 19, 885.

CACCIARI-PIZI (boala lui) : **hipertensiunea portală de origine splenică.**

Este o venopatie obstructivă a venei porte. Obstrucția venei porte se poate face prin blocaj intra-hepatic (orice afecțiune hepatică generalizată, ciroza hepatică a lui Laënnec, sechelele hepatitei epidemice, cirozele biliare etc.) sau prin blocaj extrahepatic (tromboza venei porte, periviscerită secundară unei pancreatite, angiocolită, colecistită, adenopatie canceroasă, limfogranulomatoză, etc.). Afecțiunile splinei și îndeosebi ale venei splenice pot de asemenea determina o hipertensiune portală. În acest caz este vorba de boala lui Cacciari-Pizi. Se manifestă clinic ca și orice hipertensiune portală prin : circulație colaterală, ascită, splenomegalie, encefalopatie portocavă, etc. Prognosticul, foarte sever. Tratamentul este de obicei chirurgical (splenectomie).

1. Petri H. : *Ann. Chirurg.*, vol. 19, 1961, p. 1431.
2. Petri H. : *Rev. Intern. Hépatol.*, 1962, 7, 869.
3. Schwartz M., Boeriu I., Ban A. : *Med. Internă.* 1970, vol. XXII, 3, 377.

CAFFEY (boala lui) : **osteoza condensantă de bismut ; hiperostoza corticală infantilă.**

Este o boală descrisă în 1937, care face parte din grupul osteozelor condensante dobîndite, cauzate de intoxicația prin bismut. Se caracterizează

prin prezența unor opacități în bandă care se găsesc localizate la nivelul metafizelor osoase și a unor inele opace la nivelul epifizelor. Cel mai frecvent interesate sînt mandibula, clavicula, omoplatul, oasele lungi. Clinic, boala se manifestă prin edematierea țesuturilor moi, fără simptome inflamatorii și îngroșarea compactei oaselor lungi, deseori obiectivizate palpatoriu. Boala este mai frecventă la copii.

1. Durant J., Vignon G., Maitrepierre J., Megard M., Calvel V. : *Rev. Lyonnaise Méd.* 1960, 9, 671–684.
2. Fauré C. : *Rev. Rhumat.* 1965, 32, 683–692.
3. Louyot P. : *Rev. Prat.* 1971, XXI, 23, 3401.

CAFFEY-SILVERMANN (boala lui) (1945) : **hiperostoza corticală ; poliosteopatia deformantă congenitală regresivă ; hiperosteogeneza periostoencondrală feto-infantilă regresivă.**

Este o osteoză condensantă segmentară dobîndită, descrisă în 1945, care apare în primele 6 luni de viață, sau chiar de la naștere, debutînd adesea acut, cu hipertermie și manifestîndu-se printr-o periostoză osteofitică diafizară densificantă, cu hiperplazia lamelară a oaselor, cuprinsă într-o masă de regiuni moi. Boala se vindecă fără sechele în decurs de 3 ani. Leziunile osoase se localizează mai ales la nivelul maxilarului inferior și oaselor lungi, unde se prezintă din punct de vedere radiologic sub forma unei periostoze diafizare densifiante.

1. Fauré C. : *Rev. Rhumat.*, 1965, 32, 683–692.
2. Lièvre J–A. : *Presse méd.*, 1954, 62, atlas radiol. 746 bis.
3. Louyot P. : *Rev. Prat.* 1971, XXI, 23, 3401.
4. Mazur E., Ludwiczak R. : *Pol. Przegl. Rad. Med. Nukl.*, 1973, 37, 1–6.

CAFFEY-SMITH (boală) : **hiperostoza corticală infantilă ; poliosteopatia deformantă congenitală regresivă ; hiperosteogeneza periostoencondrală feto-infantilă regresivă ; boala lui Caffey-Silvermann** (vezi).

CAIRNS (sindromul lui) : **mutismul akinetic.**

Individualizat în anul 1941 de către Cairns, sindromul de mai sus asociază constant o tulburare a expresiei verbale, emoționale și gestuale.

Scanned with OKEN Scanner

Boala se dezvoltă în afara unor atingeri a funcțiilor motorii și senzitiv elementare. Dezordinea fundamentală s-ar situa la nivelul impulsiei la acțiune, care este tulburată cînd mediul înconjurător a pierdut semnificația sa motivantă.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*. Vol. I–II. Basic Books, 1959.
2. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry*. McGraw–Hill, 1, 1963.
3. Guérin J. : *Mutisme akinétique et système neuronal aspécifique. Thèse de Médecine.* Bordeaux, 1968.

CALVÉ (boală) : **necrobioza aseptică a corpului vertebral ; vertebra plană ; osteocondrita vertebrală infantilă.**

Afecțiune ce face parte din grupul necrobiozelor osoase aseptice și care se caracterizează prin afectarea corpului vertebral. Boala apare la copii între vîrstele de 3—12 ani, mai ales în cazurile de osificare prematură a nucleilor. Leziunea care evoluează timp de 5—10 ani, se aseamănă clinic cu morbul lui Pott. Se deosebește de aceasta din urmă prin faptul că radiologic există o lezionare univertebrală, caracterizată printr-o vertebră turtită și plană, care are tendință la regenerare. Se manifestă clinic prin dureri osoase și țipăt nocturn pe care-l prezintă copiii spontan, la apăsarea pe coloana vertebrală sau atunci cînd efectuează diferite mișcări. Tratament ortopedic și chirurgical.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
2. Fauré Ç. : *Maladies osseuses constitutionnelles,* Edit. Expans. Scient Franc., Paris, 1966.
3. Raszeja F. P. : *Przegl. Chirurg.*, 1926, 51, 1311.

CALVÉ-LEGG-PERTHES (boală) : **osteocondroza deformantă coxală juvenilă.**

Este cel mai important și cel mai grav proces de osteomalacie. Patogenic, boala se datorește unei rezistențe epifizare scăzute, determinată de o serie de factori predispozanți printre care se pot număra: disostoza encondrală epifizară, displazia luxantă a șoldului și tulburarea sensibilității protopatice. Vîrsta de predilecție cînd își face apariția boala este 3—16 ani. Este mai frecventă la sexul masculin. Debutul este insidios, afebril. Pri-

Scanned with OKEN Scanner

mul simptom al bolii este șchiopătatul, atrofia musculară, limitarea mobilității articulației coxofemurale. După 4—5 săptămîni de la apariția bolii se conturează și semnele radiologice, care sînt reprezentate prin: osteoporoză, spațiul articular mărit datorită modificării cartilajului, cavitatea cotiloidă intactă, capul femural turtit în formă de ciupercă, distrucție osoasă redusă și reparabilă. Boala evoluează 3—4 ani, fără recidive. În 75% din cazuri vindecarea este completă; în altele, pot rămîne sechele de artroză deformantă sau coxa-vara.

1. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., 1966, Paris.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile.* 1949.

CAMERUN (boala de): **buba de Kalabar; filaria Loa Loa.**

Este o infecție cu filaria Loa Loa, ce se manifestă prin edem eritematos și nedureros, ce se instalează rapid și se menține 1—3 zile. La început edemul este localizat la antebrațe și articulațiile mîinii sau chiar la față. Diagnosticul este confirmat prin punerea în evidență a viermilor adulți sau a microfilariilor, precum și prin testul cutanat și cel de fixare a complementului. Prognosticul este favorabil în cazurile incipiente și ușoare, dacă bolnavul părăsește zona endemică sau dacă mecanismul de transmitere este blocat prin măsuri antiepidemice. Tratamentul bolii este chirurgical și prin administrare de hetrazan (dietilcarbamazina).

1. Cahill K. M.: *New York J. Med.*, 1963, 63, 1551.
2. Jopling W. A.: *Differentialdiagnostik für Tropenärzte.* Staufen–Verlag, Kamp–Lintfort, 1960.
3. Wilson T.: *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1961, 55, 107–129.

CAMINOPETROS (sindromul lui) (1938): **anemia eritroblastică cu facies mongolian incomplet; anemia geofagilor.**

Este o afecțiune descrisă în anul 1938, ce apare mai frecvent la copiii mari. Modificările osoase de la nivelul craniului sînt numai slab schițate. Faciesul are aspect mongoloid. Copiii pot pre-

Scanned with OKEN Scanner

zenta diferite deficiențe fizice și intelectuale. Semnul caracteristic al acestui sindrom, în afară de tabloul sanguin specific pentru anemia eritroblastică, este tendința copiilor de a mînca pămînt sau var.

1. Caminopetros M. : *Ann. Med.*, 1938, 43, p. 1.
2. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1955.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, Phil., 1961.

CAMP-OCHSNER (boala lui) : **resorbția subperiostală a oaselor.**

Este o boală ce se caracterizează printr-o resorbție subperiostală de-a lungul marginilor falangelor mîinii, mai ales ale mediusului, determinată de un hiperparatiroidism sau de o insuficiență renală ce poate genera un hiperparatiroidism secundar.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Edit. Flammarion, Paris, 1949.
2. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Expans. Scient. Franc. Paris, 1966.
3. Wilkins L. : *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence.* Springfield, 1950.

CAMURATI-ENGELMANN (sindromul lui) : **displazia diafizară progresivă.**

Este o osteoscleroză ereditară asemănătoare osteosclerozei Albers-Schönberg, caracterizată printr-o hiperostoză generalizată, însă care nu interesează decît diafizele osoase. Aspectul general al bolnavilor este tipul longilin, cu membre foarte lungi, disproporționate cu trunchiul și hipotrofie musculară. Deseori se observă și tulburări ale staticei (cifoscolioză). Semnul radiologic esențial este condensarea diafizelor oaselor lungi, care sînt lărgite, în formă de fus și cu îngroșarea corticalei. Boala se observă în mod egal la ambele sexe. Transmisia se face în mod autosomic dominant.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1963.
3. Griffiths D. L. L. : *Bone and joint surg.*, 1950, 33 B, 312.

Scanned with OKEN Scanner

4. McKusick V. A. : *Medical Genetics.* Pergamon, 1966.
5. Maroteaux P. : *Méd. Inf.*, 1962, 69, 365.
6. Ruelle M., Dubois J. L. : *Rev. Rhum.* 1964, 31, 345.
7. Thompson T. S., Thompson M. W. : *Genetics in medicine.* W. B. Saunders 1966.
8. Waisman H. A. : *M. Clin. North America.*, 1966, 13, 469.

CANALE (sindromul lui) : **mieloza eritremică cu reticulo-endotelioză.**

Această afecţiune este, în esenţă, o varietate a bolii lui Di Guglielmo, în care se găsesc asociate eritremia şi hiperplazia celulelor sistemului reticulo-endotelial. Există o predominenţă a eritremiei, fapt ce deosebeşte această boală de sindromul Barille, în care predominent interesat este sistemul reticulo-endotelial.

1. Kraus S., Sohal J. E., Sandberg A. : *Ann. Int. Med.*, 1964, 61, 625–635.
2. Nichols W. W. : *Hereditas*, 1963, 50, 53–80.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine*, Masson, Paris, 1955.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical hematology.* Lea and Febiger, 1961.

CAPEDEPONT (boala lui) : **displazia lui Capedepont.**

Este o afecţiune caracterizată clinic prin vulnerabilitatea şi uzura importantă a părţii libere a dintelui, care conduce de multe ori la dispariţia totală a acestuia. Dinţii uzaţi, prezintă un volum mult inferior normalului, sînt coloraţi în galben-brun şi uşor translucizi. Sînt sensibili la căldură şi acizi. Boala se datoreşte unei leziuni accentuate a dentinei, care determină o diminuare a calibrului cavităţii pulpare, prezenţa unor canaliculi flexuoşi şi neregulaţi şi o dentină intraglobulară cu spaţii largi, neregulate, slab mineralizate, formînd adevărate lacune. Patogenic, aceste leziuni s-ar explica prin tulburări structurale ale adamantoblastelor şi mai ales a odontoblastelor. Etiologia bolii nu este cunoscută. Boala are caracter familial şi ereditar. Boala nu este legată de sex şi afectează atît bărbaţii cît şi femeile.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

2. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

CAPGRAS (sindromul lui) : **iluzia sosiilor.**

Este o psihoză ce se caracterizează clinic prin falsa recunoaştere a unei persoane cunoscute. Bolnavul consideră că această persoană este înlocuită cu una străină cu aceeaşi înfăţişare.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry.* Vol. I–II. Basic Books, 1959.
2. Ballak L. : *Contemporary European Psychiatry,* Grove, 1961.

CAPLAN (sindromul lui) : **fibroze pulmonare macronodulare multiple cu poliartrită cronică evolutivă.**

Este o boală descrisă în 1953, ce constă din asocierea unei fibroze pulmonare macronodulare multiple cu poliartrita cronică evolutivă. Afecţiunea este de obicei observată la mineri. Se pare că există un raport între silicoză şi această boală. Clinic se manifestă prin dispnee progresivă, cianoză, emfizem pulmonar, raluri bronşice. Radiologic, afecţiunea se caracterizează prin focare întinse de fibroză a parenchimului pulmonar. Etiologia bolii pare a fi ca şi în silicoză, inhalarea de particule de carbon sau de siliciu. Tratamentul este numai profilactic.

1. Caplan A. : *Thorax,* 1953, 8, 29.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest.* 2nd ed. Saunders, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
4. Morgan W. K. C. : *Ann. Int. Med.,* 1961, 55, 667.

CAPLAN-COLINET (sindromul lui) : **vezi sindromul Caplan.**

CARDARELLI (sindromul lui) : **fibromul sublingual al sugarului ; sindromul lui Riga-Fede ; boala lui Fede ; fibrogranulomul sublingual al lui Riga** (vezi).

CARDARELLI (boala lui) : **subglosita difteroidă.**

Este o afecţiune ce se întîlneşte în cursul evoluţiei unei tuse convulsive. Se caracterizează

Scanned with OKEN Scanner

clinic prin ulceraţia frîului limbii, infiltraţia tegumentelor feţei şi o stare generală proastă. Aceste semne pot fi de folos pentru diagnosticarea între crize a unei tuse convulsive.

1. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.

CARDUCCI (boala lui): **febra eruptivă Carducci; ixodorickettsioza marsiliană sau papuloasă; febra butonoasă; boala lui Connor-Bruch.**

Este o boală descrisă în 1910 de Connor. Se produce în urma infectării cu Rickettsia conori, transmisă omului de către căpuşa cîinelui, care reprezintă şi rezervorul agentului patogen. Boala are o perioadă de incubaţie de 5—7 zile. Debutul este brusc cu frison, febră, cefalee intensă, mialgii şi artralgii. Febra durează 10—15 zile, după care scade în lizis. La locul de pătrundere a căpuşei apare de obicei o zonă infiltrată, care se acoperă ulterior de o crustă neagră. După 3 zile de la debutul bolii, apare o erupţie rozeolo-veziculară pe întreg corpul. Boala are caracter benign.

1. Gallcher W. H.: *J.A.M.A.*, 1961, 117, 187.
2. Luoto L., Pickens E. G.: *Am. J. Hyg.*, 1961, 74, 43.
3. Rivers T. M., Horsfall F. L.: *Viral and rickettsial infections in man.* 3rd ed. Lippincott, 1959.

CARL SMITH (boala lui): **limfocitoza infecţioasă acută.**

Este o afecţiune benignă, descrisă în 1941, ce se caracterizează clinic printr-o rinită şi o faringită cu amigdale roşii şi tumefiate, febră, rash morbiliform inconstant şi printr-un sindrom meningeal. Boala apare mai frecvent la copii între 2—6 ani şi trebuie să fie deosebită de mononucleoza infecţioasă, leucoza acută, tusea convulsivă şi meningita. Biologic, se găseşte o hiperleucocitoză pînă la valoarea de 100.000 elemente pe mmc., cu o limfocitoză de 50—95%. În măduva osoasă se poate observa prezenţa unei limfocitoze moderate. Reacţia Paul-Bunnel-Hăngănuţiu este negativă.

Scanned with OKEN Scanner

1. Bender C. E. : *J.A.M.A.*, 1962, 182, 954.
2. Davidsohn I., Lee C. L. : *M. Clin. North Amer.*, 1962, 46, 225.
3. Hoagland R. J. : *Amer. J. Med.*, 1952, 12, 158.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des opérations et maladies à noms propres.* Ed. Masson C-ie, 1963.

CAROLI (boala lui) : **fibroza hepatică congenitală.**

Este o fibroză hepatică congenitală. Histopatologic, boala se caracterizează printr-o fibroză izolată sau asociată, cu dilatarea canalelor biliare comunicante, sau nu. Se deosebește de cele două fibroze asociate : fibroza portală pură care se traduce prin hemoragii digestive din cauza blocului presinusoidal și complexul lui Mayenberg, determinat de o fibro-angiomatoză biliară. În boala lui Caroli, la hipertensiunea portală se adaugă accese angiocolitice cu atît mai frecvente și grave cu cît ectaziile ating marile canale biliare intrahepatice. Cele trei afecțiuni (fibroza pură, complexul Mayenberg și boala lui Caroli, sau fibroza hepatică congenitală) au comun între ele și coexistența leziunilor hepatice cu alterația renală identică. Tratamentul constă din administrare de antibiotice și practicarea unei anastomoze porto-cave chirurgicale.

1. Caroli J., Corcos V. : *Maladies des voies biliaires intra-hépatiques segmentaires.* Masson, C-ie, Paris, 1964.
2. Fauvert R., Benhamou J. J., Meyer Ph. : *Fibrose hépatique congénitale.* Rev. Int. Hepatologie, 1964, 14, 395.
3. Parker R. G. F. : *Fibrosis of the liver as a congenital anomaly.* J. Path. Bact., 1956, 71, 360.

CAROLI (boala lui) (1948) : **cudura permanentă a colului vezicii biliare.**

Este o afecțiune descrisă în 1948, care se datorește unei cuduri permanente a colului vezicii biliare. Se formează astfel un fel de supapă care împiedică scurgerea normală a bilei în duoden. Afecțiunea poate fi decelată numai prin radio-manometria preoperatorie. Simptomatologia clinică este necaracteristică și constă din grețuri, vărsături bilioase, astenie, slăbire în greutate, constipație și dureri la nivelul hipocondrului drept. Boala se ameliorează după ingestia de grăsimi. Antispasticele sînt fără efect.

Scanned with OKEN Scanner

1. Colcock B. P., McManus J. E. : *Surg. Gynec. Obst.* 1955, 101, 161–172.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
3. Judd E. S. : *Mayo Clin. Proc.* 1964, 39, 927.

CARNOT (sindromul lui) : **diareea orei a 7-a.**

Este un sindrom ce se întîlneşte în cursul tiflitelor sau a tiflocolitelor drepte şi care se manifestă clinic prin diaree cu orar specific (orele 7 după ingestia de alimente).

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F. : *Clinical Gastroenterology.* Thomas.
2. Bockus H. L. : *Gastroenterology,* vol. II, 1963–1965, Saunders Comp.
3. Mellinkoff S. M. (editor) : *The Differential Diagnosis of Diarrheea.* Blankiston–McGraw, 1964.

CARRÉ (boala lui) : **jigodie ; boala cîinilor tineri.**

Este o afecţiune virotică cu aspect epizootic ce apare la cîini şi pisici şi se manifestă clinic prin fenomene catarale şi cutanate însoţite de tulburări nervoase, digestive şi pulmonare. Boala se poate întîlni şi la om datorită contactului acestuia cu cîini şi pisici. Simptomatologia clinică este foarte discretă şi de multe ori, chiar inaparentă.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
3. Top F. H. :*Communicable and infectious diseases.* ed. 5-a, Mosby, 1964.

CARRION (boala lui) (1885) : **bartoneloza ; febra de Oroya ; Verruga ; febra de Guaitara ; veruga din Peru ; butonul lui Amboine.**

Este o boală specifică transmisă de un artropod şi cauzată de un microorganism asemănător rickettsiilor, ce se caracterizează din punct de vedere clinic printr-un stadiu acut cu febră şi anemie, urmat cîteva săptămîni mai tîrziu, de o erupţie nodulară (veruga peruviană). Agentul etiologic, observat prima dată în eritrocite de Barton în 1909, este Bartonella bacilliformis. Leziunile histologice caracteristice sînt : hiper-

Scanned with OKEN Scanner

plazia megaloblastică a măduvei osoase, splenomegalie și adenopatie. Mortalitatea este de 10—30% și se datorește adesea unei salmonceloze secundare (salmonella typhmurium).

1. Patino Camargo L. : *Rev. Fac. Med.* Bogota, 1940, 9, 160.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* ed. 5-a Mosby.
4. Weiman D. : Bartonella Disease, în Kyser F. A. : *Therapeutics in internal medicine.* Nr. 4, Paul B. Hoeber, 1953, p. 152.

CARTHART (sindromul lui) (1952): **Complex simptomatic datorită diminuării conductibilității zgomotelor în lichidul urechii interne.**

Este un sindrom descris recent. Se observă de obicei în cazurile de otoscleroză și constă din existența unui croșet pe curba prag a conducerii osoase, între limitele extreme de frecvență de 512—4096 o/sec. Acest croșet de 5—20 d.b., la frecvența de 2048/sec., servește la determinarea gradului real de ameliorarea auzului, atunci cînd se efectuează fenestrarea labirintului. Apariția acestui complex simptomatic se datorește diminuării conductibilității zgomotelor în lichidul urechii interne, în urma hiperpresiunii la care este supusă aceasta.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of otolaryngology.* Ed. 3-a, Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology,* 5 vol. Prior, 1960.
3. Carthart K. : *Trans. Amer. Acad. Ophtalm.,* 1952, 65, 621.

CARVALHO-LORTAT JACOB (sindromul lui) : **sindromul hiato-esofagian.**

Este un sindrom determinat de lipsa de fixare a esofagului la nivelul orificiului esofagian al diafragmului. Tabloul clinic se caracterizează prin dureri retroxifoidiene în timpul prînzului, cu iradieri în epigastru, regurgitații și vărsături. Tratamentul bolii este numai chirurgical.

1. Bockus H. L. : *Gastroenterology,* vol. I, 1963–1965. Thomas edit.

Scanned with OKEN Scanner

2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CASSIRER (sindromul lui) : **acroasfixia cronică hipertrofică ; acrocianoza esenţială.**

Este o afecţiune de etiologie necunoscută descrisă de Richard Cassirer şi care se datoreşte unei nevroze constituţionale vasomotorii şi trofice a sistemului neuro-vegetativ. Boala se manifestă printr-o cianoză a extremităţilor (acrocianoză), mai ales a celor distale. Boala apare în copilărie. Mîinile indivizilor atinşi de această afecţiune sînt umede, reci şi foarte sensibile la frig. După un număr de ani de evoluţie, se pot observa şi tulburări trofice cum ar fi atrofia sau hipertrofia ţesuturilor, tulburări de sensibilitate şi ale secreţiei sudoripare. Lipotimiile, palpitaţiile şi durerile precordiale completează simptomatologia şi caracterizează cu precizie terenul nevrotic pe care se grefează boala.

1. Cassirer R. : *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* Oppenheim, 1912.
2. Julian O. C. (editor) : *Symposium on peripheral vascular diseases.* S. Clin. North Amer., 1960, 40, 1–240.
3. Winsor T. : *Peripheral vascular diseases : an objective approach* Thomas, 1959.

CASTAIGNE (sindromul lui) : **ciroza hipertrofică difuză malignă.**

Este o ciroză hipertrofică difuză cu evoluţie rapidă şi cu prognostic infaust. Se observă mai frecvent la indivizii taraţi, care au fost anterior mari băutori şi s-au alimentat copios. Se manifestă clinic prin anorexie, greţuri, vărsături, slăbire, astenie, hepato-splenomegalie, hiperbilirubinemie. Testele funcţionale hepatice nu sînt prea mult alterate la începutul bolii ; ulterior, ele se înrăutăţesc şi sînt în raport cu starea generală a bolnavului. Tratamentul este la fel cu cel aplicat bolnavilor cu ciroza Laënnec.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Jones D. P., Davidson C. S. : *New England J. Med.*, 1962, 267, 196–198.

Scanned with OKEN Scanner

3. Losowski M. S., Davidson C. S. : *New England J. Med.*, 1962, 267, 87.
4. Sherlock S., Shaldon S. : *Gut.*, 1963, 4, 95–105.

CASTAIGNE (sindromul lui) : **perinefrita cronică dureroasă.**

Este o inflamație a capsulei celulo-adipoase a rinichiului, care evoluează spre supurație. Agentul etiologic incriminat cel mai des este stafilococul ; în afară de stafilococ, mai pot fi întîlniți în declanșarea procesului morbid și alți germeni microbieni. Sindromul se manifestă clinic prin febră, dureri lombare, etc. Urinele sînt normale și nu conțin decît cîteva hematii și leucocite. Complicațiile cele mai frecvente sînt : flegmonul perinefretic, peritonita purulentă și septicemia. Prognosticul este foarte rezervat. Tratamentul constă din administrare de antibiotice și drenaj chirurgical.

1. Bergeret A. : *Arch. Urol. de Clinique de Necker*, 1920, II, 266–279.
2. Fey B. : *Soc. fr. d'Urologie*, 20 jan., 1930.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des opérations et maladies à noms propres*. Ed. Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.

CASTAIGNE-HOUDART-BUGE (sindromul lui) : **asociația dintre diabet și epilepsie.**

Este un sindrom clinic ce se caracterizează prin asocierea concomitentă a unui diabet zaharat cu o epilepsie. Tabloul clinic se manifestă prin simptomatologia specifică diabetului (polifagie, polidipsie, poliurie) și crize de epilepsie. Tratamentul constă în administrare de insulină, sulfamide antidiabetice și medicație anticomițială.

1. Majkowski J. : *N.N.P.P.*, 1955, 2, 199.

CASTAIGNE-SAINTON (sindromul lui) : **sindromul hepato-polinevritic grav de origine alcoolică.**

Este un sindrom clinic întîlnit la etilici ce se caracterizează prin existența concomitentă a unei hepatopatii (hepatită, ciroză), care se însoțește de o polinevrită gravă. Evoluția bolii este relativ lentă și progresivă. Prognosticul este nefavorabil. Tratamentul constă din administrare de extracte hepatice, aminoacizi esențiali și vitamina B_1.

Scanned with OKEN Scanner

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Popper H., Schaffner F. : *Progress in liver diseases.* Grune and Stratton, 1961.
3. Schiff L. : *Diseases of the liver.* 2nd, Ed. Lippincott, 1963.

CASTELLANI (boală) : **spirochetoza bronho-pulmonară ; bronșita sîngerîndă sau spirochetozică ; bronșita hemoragică fetidă.**

Este o varietate de bronșită determinată de o asociere fuso-spirilară ce apare în urma pătrunderii în bronhii a unui material infectat ce provine din cariile dentare sau din pioreele alveolare. Diagnosticul se pune pe baza examenului clinic și examenului bacteriologic. Din punct de vedere clinic, se caracterizează printr-o expectorație bogată în striuri de sînge și fetidă. Boala are uneori o evoluție acută. Cel mai adesea boala evoluează însă cronic complicîndu-se cu infecții bronhopulmonare supraadăugate, emaciere și caşexie. Tratamentul constă din administrare de penicilină și arsenic. În formele obișnuite, boala evoluează spre vindecare în 7—8 zile.

1. Dutz H. : *Differential Diagnose innerer Krankheiten.* G. Thieme Verlag, 1969.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Ed. Med. Buc., 1969.

CASTELLO (boala lui Del) : **maladia lui Vaquez asociată cu hipertensiunea arterială.**

Este o afecțiune ce asociază concomitent, pe lîngă boala lui Vaquez (poliglobulia esențială) și o hipertensiune arterială. Tabloul clinic se caracterizează prin cianoză, cefalee, diferite tulburări vasculare și hipertensiune arterială. Boala se aseamănă cu sindromul lui Gaisböck de care se deosebește prin aceea că în această afecțiune este prezentă și splenomegalia. Prognostic sever.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

2. Pike G. M. : *New England J. Med.*, 1958, 258, 1 250.
3. Pike G. M. : *New England J. Med.*, 1958, 258, 1 297.

CASTILLO-TRABUCCO-BALZE (sindromul lui) : **aplazia germinală sau sindromul cu celulele lui Sertoli izolate.**

A fost descris de autorii de mai sus în anul 1947. Din punct de vedere clinic, boala se caracterizează printr-o sterilitate cu azoospermie şi cu testiculi de mic volum. Se crede că sindromul ar fi determinat de absenţa congenitală sau nemigrarea celulelor germinale. Este, în esenţă, o insuficienţă testiculară disociată care face tranziţia cu hipogonadismele de origine dobîndită. Tratamentul androgenic nu este util, pentru că nimic nu poate corecta infertilitatea.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Edit. Flammarion, Paris, 1949.
2. Gilbert-Dreyfus J., Schaison G. : *Rev. Prat.*, 1971, t. XXI, 2, 175.
3. Wilkins L. : *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence.* Springfield, Thomas, 1950.

CATEL-SCHMIDT (boala lui) : **hiperuricemia congenitală cu tulburări neurologice ; boala lui Riley-Lesch şi Nyhan.**

Este o boală generală metabolică, ereditară, produsă de o anomalie enzimatică prin deficit de hipoxantină-guanină fosforibosil-transferază. Tabloul clinic este dominat de tulburări neurologice, complicaţii renale (nefrolitiază), anemie şi manifestări articulare. Datele biochimice cele mai caracteristice sînt : hiperuricemia (100—200 mg‰),

CASTILLO (sindromul lui) : **hipogonadism hipergonadotrofinuric.**

Este un sindrom endocrinologic caracterizat printr-un hipogonadism hipergonadotrofinuric determinat de o displazie germinală.

1. Guinet P. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 2, 163.
2. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Expans. scient. franç., Paris, 1966.
3. Wershum L. P. : *The human testis.* Springfield. Ill. Ch. Thomas, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

uricuria superioară la 30 mg/kg/24 ore (normal 5—10 mg), în urină microcristali de acid uric. Anomalia enzimatică poate fi pusă în evidență în hematiile și fibroblaștii din culturile de celule ale bolnavilor.

1. Berger R., Broyer M. : *La presse méd.*, 1968, 76, 1 337.
2. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism*. Am. J. Med., 1957, 22, 671.
3. Duncan G. F. G. (editor) : *Diseases of metabolism*. Ed. V-a, W. B. Saunders, 1964.

CATTAN (sindromul lui) (1953) : **ciroza hepatosplenomegalică anascitică.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul cirozelor disglobulinemice. Se caracterizează printr-o hiperprotidemie importantă și apare mai ales la femeie în perioada menopauzei. Etiologia este necunoscută. Din punct de vedere clinic se caracterizează printr-o ciroză hepatosplenomegalică anascitică cu hemoragii și purpură, disproteinemie și macroglobulinemie. Este foarte asemănătoare cu sindromul lui Waldenström.

1. Filoche B. : *Les cirrhoses dysglobulinémiques (à propos de six observations)*. Thèse Médecine, Lille, 1969.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Paris J., Gérard A., Paris J. Cl., Filoche B. : *Lille* Méd., 1969, 14, 9, 974.

CATTAN-MAMOU (boala lui) (1951) : **boala periodică ; peritonita benignă paroxistică ; febra mediteraneană familială ; poliserozita recurentă.**

Este o afecțiune eredo-familială cu patogenie necunoscută (probabil metabolică) caracterizată prin episoade recurente de dureri abdominale sau toracice, febră și leucocitoză. Această boală se întîlnește la popoarele mediteraneene. Boala simulează peritonita chirurgicală, dar atacurile sînt recurente și nu sînt fatale. În unele cazuri poate apare o amiloidoză de tip primar. Moartea poate surveni din cauza insuficienței renale sau cardiace. Fazele de recrudescență pot fi precipitate de stress-uri emoționale, abuzuri alimentare și alcool. Nu are tratament specific, ci numai simptomatic.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Elemente practice de diagnostic şi tratament.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Nugent F. W., Burns J. R. : *M. Clin. North America*, 1966, 50, 371.

CAVARAE (boala lui) : **paralizia periodică familială ; paralizia spinală intermitentă ; boala lui Westphal.**

Este o afecţiune neurologică ereditară, rară, caracterizată prin crize de paralizie flască a extremităţilor şi trunchiului. Pe lîngă forma ereditară se mai descrie şi una întovărăşită de tireotoxicoză. Boala se datoreşte unei tulburări a metabolismului potasiului şi în timpul crizelor există o hipokaliemie. O expunere la frig, surmenajul şi ingestia abundentă de hidraţi de carbon pot declanşa apariţia crizelor. Fenomenul paralitic este pur muscular. Tabloul clinic este dominat de crize care apar de obicei noaptea şi durează de la cîteva ore la 1—2 zile. În timpul crizelor, muşchii sînt completamente inerţi şi nu răspund la nici un fel de stimul. Muşchii feţei şi ai ochilor nu sînt interesaţi în procesul morbid. Paralizia muşchilor respiratori poate antrena moartea bolnavului. Crizele cedează la administrarea de potasiu ; acest fapt este patognomonic pentru diagnosticul bolii. Boala poate evolua peste 30 ani ; în acest timp indivizii respectivi pot duce o viaţă aproape normală dacă primesc ca medicaţie clorură de potasiu.

1. Norris J. H. : *Neurology*, 1962, 12, 208.
2. Pearson C. M. : *Brain*, 1964, 87, 341.
3. Samaha F. J. : *Arch. Neurol.*, 1965, 12, 145.
4. Talbott J. H. : *Medicine*, 1941, 20, 85—143.

CAULK (sindromul lui) : **sindromul obstructiv prostatic feminin ; complexul simptomatic Falson.**

Este o afecţiune descrisă de John Roberts Caulk în 1921 şi care constă din iritarea vezicii urinare şi dificultăţi în timpul micţiunii la femei. Obstacolul care împiedică evacuarea vezicii urinare se găseşte la nivelul porţiunii posterioare a uretrei. La acest nivel, se găsesc formaţiuni glandulare asemănătoare glandei prostatice masculine. S-ar părea că această anomalie survine în

Scanned with OKEN Scanner

urma unor procese inflamatorii ale glandelor uretrale. Urinele sînt tulburi, conțin numeroase leucocite, iar cistoscopia arată absența oricăror leziuni vezicale. Cistograma arată leziuni ale segmentului posterior al uretrei, cum ar fi hipertrofia țesutului conjunctiv, strictura și retracția cicatricială a uretrei. Tratamentul este numai chirurgical. El constă din ablația segmentului stenozant.

1. Allen A. C. : *The kidney ; Medical and Surgical Diseases.* Grune and Stratton, 1962.
2. Campbell M. F. (editor) : *Urology,* 3 vol. Saunders, 1963.
3. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.

CAYENNE (sindromul lui) : **petele eritemato-pigmentate ; mal rouge de Cayenne ; lepridele eritematoase.**

Petele eritemato-pigmentate sau lepridele eritematoase fac parte din grupul dermatozelor pigmentare circumscrise. Se aseamănă foarte mult cu petele brune, ce apar brusc și au dimensiuni variabile, din lepră. Acestea din urmă, cunoscute sub denumirea de morphea nigra se caracterizează prin anestezia lor, fapt ce nu se întîlnește în sindromul cunoscut sub denumirea de mal rouge de Cayenne.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* Edit. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Ed. Maloine, Paris, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

CAZAL (boala lui) : **reticulita monocitemică ; boala lui Pfeiffer (vezi) ; febra ganglionară ; angina cu monocite ; adenolimfoidita acută benignă ; angina monocitară Schultz ; limfocitoza Türk.**

CAZANAVE (sindromul lui) : **acneea cornoasă ; sindromul Morrow-Brooke ; keratoza foliculară contagioasă.**

Boala este determinată de o hipovitaminoză A. Se caracterizează clinic prin apariția unei keratoze la nivelul palmelor și al plantelor. Leziunea caracteristică constă din niște formațiuni ne-

Scanned with OKEN Scanner

gre, mici, asemănătoare comedoanelor. Ele pot crește luînd aspectul unor inele de culoare închisă sau neagră cu aspect cornos. Acestea se pot extinde de la extremități pe fese și pe fața dorsală a toracelui. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul este general prin vitaminoterapie A și simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Ed. Maloine, 1956.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI, Mosby, 1956.

CECILE-VOGT (sindromul lui) : **atetoza dublă congenitală ; starea marbrată a corpului striat.**

Este o atetoză dublă congenitală ce se caracterizează clinic prin mișcări atetozice ale mîinilor, degetelor, feței și gîtului ca și sindromul lui Hammond, la care se asociază o hipotonie musculară, hiperreflexie, fenomenul de roată dințată și rigiditate musculară. Boala survine în copilărie. Indivizii atinși de această afecțiune au un psihic deosebit și deseori, prezintă un deficit intelectual manifest.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M. : *Neuromuscular disorders. Res. Publ. A nerv and mental dis.*, vol. 38. Williams and Wilkins, 1960.
2. Barrows H. S. : *G. P.*, 1964, 29, 146–154.
3. Engel W. K. : *Neurology*, 1962, 12, 778.
4. Lambert J. M. : *Pediatrics*, 1964, 34, 599.
5. Walton J. M. : *Abstr. World Med.*, 1966, 40, 1–12, 81–94.

CEELEN-GELLERSTEDT (sindromul lui) (1931) : **hemosideroza pulmonară idiopatică.**

Este o afecțiune mai frecventă la copil, de cauză necunoscută (tulburări circulatorii pulmonare, afecțiune alergică), care se manifestă clinic prin hemoptizii recidivante, ce conduc la anemie și la o hemosideroză pulmonară. La examenul obiectiv se mai constată hepato-splenomegalie, hipertensiune, tahicardie și diferite grade de lezionare renală. Radiologic, se constată infiltrații pulmonare de tip miliar, mai ales la nivelul plajelor pulmonare mijlocii și inferioare. Prognosticul este rezervat ; adesea, vindecarea survine spontan. Tratamentul este numai simptomatic.

Scanned with OKEN Scanner

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Ed. Masson C-ie, Paris, 1963.
2. Gellerstedt N. : *Acta Path. Microbiol. Scand.*, 1939, 16, 386.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CELSE (boală) : **tricofiția piogenă ; kerionul de Celse.**

Este o dermatoză caracterizată prin existența unei tricofiții piogene, care se localizează cu predilecție la barbă, ceafă, pielea capului, atît la copil cît și la adult. Se deosebește de celelalte foliculite tricofitice prin delimitarea netă a marginilor leziunii. Kerionul de Celse desenează 1—3 macaroane cu un diametru de 20—50 mm, cu margini foarte nete, rotunde, foarte evidente, cu suprafața roșie, perforată de pustule și cruste. Tratamentul constă din badijonări cu alcool iodat de diferiți coloranți (eozină, violet de gențiană etc.).

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Disease of the skin.* Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Ed. Maloine, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

CESTAN-CHENAIS (sindromul lui) (1903) : **asocierea unui sindrom Claude Bernard-Horner cu sindromul Avellis.**

Acest sindrom, descris în anul 1903, se caracterizează clinic prin asocierea unui sindrom Claude Bernard-Horner cu sindromul lui Avellis. Acest sindrom este determinat de o leziune a nucleului ambiguu și a căii piramidale din vecinătatea sa. Din punct de vedere al simptomatologiei clinice, sindromul se aseamănă cu o formă abortivă a sindromului Babinski-Nageotte, în care predomină hemiplegiile alternante și diferite tulburări simpatice oculare.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford. 1964.
3. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
4. Kreindler A. : *Neurologia.* Edit. Med. Buc., 1957.

Scanned with OKEN Scanner

CESTAN-LEJONNE (sindromul lui) : **formă de miatrofie progresivă.**

Este o formă clinică de miatrofie progresivă în care predomină contracturile și deformațiile articulare. Această afecțiune este determinată de lezionarea neuronului motor periferic, prin procese degenerative extensive. Agentul cauzal al bolii este necunoscut. Boala începe la mușchii mici ai mîinii și se întinde ulterior la umăr și la mușchii trunchiului. Nu are tratament.

1. Eaton L. M. și colab. : *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 1957, 32, 425.
2. Mackay T. P. : *Arch. Neurol.*, 1963, 8, 117.
3. Schwartz A. R. : *Arch. Neurol.*, 1963, 9, 623.

CHABERT (boala lui) : **infecția carbonoasă ; febra carbonoasă ; pustula malignă ; edemul malign.**

Este o boală infecțioasă a animalelor, mai ales a erbivorelor, care se transmite ocazional la om. Afecțiunea este determinată de bacteridia carbonoasă sau bacillus anthracis. Perioada de incubație este de 12 ore pînă la 5 zile. Formele clinice sub care se prezintă boala sînt : pustula malignă, edemul malign, forma pulmonară și forma gastro-intestinală. În afară de leziunile cutanate, atît în pustula malignă cît și în edemul malign, se observă simptome de ordin general mai mult sau mai puțin nete, cum ar fi : grețuri, vărsături, cefalee, dureri articulare, stare generală proastă și febră. Leucocitoza variază între extremele de 10.000—13.000 de globule albe. Agentul patogen poate fi pus în evidență prin hemocultură sau însămînțare la șoarece. Prognosticul este mai bun de la introducerea tratamentului cu penicilină. Formele cutanate au un prognostic mai bun. Tratamentul constă din administrare de penicilină sau tetraciclină.

1. Dubos R. J., Hirsch J. G. (editors) : *Bacterial and mycotic infections of man.* Ed. 4-a Lippincott, 1965.
2. Gold H. :*Arch. Int. Med.*, 1955, 96, 387–396.
3. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.

CHAGAS (boala lui) (1916) : **tripanosomiaza americană.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală infecțioasă produsă de trypanosoma cruzi, prin transmiterea unei insecte, panstrongylus megistus. Contagiunea mai poate fi congenitală sau prin transfuzie cu sînge infectat. În formele acute, tabloul clinic este dominat de febră, ascită, hepatosplenomegalie, gușă și uneori, limfadenită generalizată. În cele cronice, caracteristica bolii o prezintă nodulul eritematos (chagome), la punctul de inoculare, la joncțiunea dintre mucoasă și pielea buzelor sau a pleoapelor. După două săptămîni de la invazie, survine faza de invazie sanguină cu febră și urticarie, care ține circa 4 săptămîni. Tratamentul este simptomatic.

1. Duggan A. J. : *J. Trop. Med.*, 1959, 62, 268–274.
2. Laranja F. S. and cow. : *Circulation*, 1956, 14/1 035, 1 060.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases*. Ed. V-a, Mosby, 1964.

CHARLIER-LEVRAT (sindromul lui) (1930) : **sindromul Charlier-Levrat.**

Este o afecțiune cu etiologie necunoscută, care se manifestă clinic prin hipertermie, astenie și hepato-splenomegalie. În unele cazuri, se observă și afectarea aparatului respirator : traheobronșită, astm bronșic, bronhopneumonie etc. În sînge se observă totdeauna o eosinofilie foarte importantă. Nu are tratament specific. Se administrează numai medicație simptomatică.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New-York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHAPTAL-JEAN-CAMPO-CARLI (sindromul lui) (1956) : **hipotiroidia hipotalamo-hipofizară.**

Este o afecțiune endocrinologică descrisă recent, în 1956, care constă dintr-o hipotiroidie prin lezionare hipotalamo-hipofizară primitivă sau secundară unei encefalopatii. Simptomatologia clinică este caracteristică hipotiroidiei clasice. La aceasta se adaugă simptomele specifice procesului encefalitic sau sechelelor lui.

1. De Groot L. J. : *New Engl. J. Med.*, 1965, 272, 243–249.
2. De Groot L. J. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 297–303.

Scanned with OKEN Scanner

3. Greenspan F. S. and cow. : *New Engl. J. Med.*, 1963, 169, 830–833.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.*, Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHARCOT (boala sau sindromul lui) : **sindromul lui Baker (vezi).**

CHARCOT (boala lui) (1865—1874) : **scleroza laterală amiotrofică.**

Este o afecțiune neurologică a vîrstei adulte, care interesează mai întîi măduva cervicală, iar apoi urcă spre bulb. Boala se datorește unei degenerări a celulelor din coarnele anterioare și ale căilor piramidale. Etiologia bolii nu este cunoscută. Se crede că ar fi de cauză ischemică, metabolică sau inflamatorie. Uneori se poate demonstra și o transmisie ereditară. Boala este mai frecventă între 20—40 ani. Clinic, afecțiunea se caracterizează prin atrofia mușchilor extremităților, tremurături fibrilare extinse, leziuni degenerative în mușchii atrofiați, accentuarea reflexelor tendinoase și periostice, simptome spastice. Se descriu 3 forme clinice : forma comună, forma bulbară și forma pseudonevritică. Evoluția bolii este de 2—3 ani. Se cunosc cazuri în care evoluția bolii este mai îndelungată.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.

CHARCOT (sindromul lui) : **ictusul laringian.**

Este un sindrom caracterizat clinic printr-o senzație de zgîrietură laringiană, acces de tuse și eritem al feței, însoțit de pierderea cunoștinței. Bolnavul, după o perioadă de timp, își poate reveni în mod brusc la normal. În unele cazuri, pe lîngă aceste simptome, mai pot fi întîlnite spasme mai mult sau mai puțin întinse. În general, aceste simptome apar în cursul hipocalcemiei. Tratamentul constă din administrare de calciu și medicație psihotropă.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Ed. Masson C-ie, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHARCOT (boală) (1853) : **reumatismul articular cronic progresiv ; poliartrita cronică evolutivă ; artrita deformantă ; poliartrita reumatoidă.**

Este o afecțiune cronică caracterizată clinic prin lezionarea de obicei bilaterală și simetrică a articulațiilor. În acest mod, la acest nivel, are loc un proces inflamator cu dureri și deformații, care pot evolua spre anchiloză. Boala evoluează în pusee acute întrerupte de remisii mai mult sau mai puțin complete. Boala se întîlnește mai frecvent în zonele temperate, la femei și îndeosebi, la vîrsta de 30—50 ani. Histopatologic, se observă leziuni congestive sinoviale și a cartilajului osos. Mușchii și perinervii nervilor periferici sînt sediul unor noduli microscopici formați din grupuri de limfocite. Cordul este lezionat numai în mod excepțional. Cauza bolii este necunoscută ; hormonii corticosteroizi, infecțiile cu streptococi betahemolitici, rolul focarelor infecțioase etc., sînt numai supoziții neverificate. Boala durează ani de zile conducînd cu timpul la anchiloză. Prognosticul depinde de precocitatea tratamentului. Acesta -constă din repaus, eliminarea focarelor infecțioase, fizioterapie, analgezice, corticoterapie, crisoterapie, etc.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Hollander J. L. and cow. : *Ann. Int. Med.*, 1965, 62, 271.
3. Ragan C., Farrington E. : *J. A. M. A.*, 1962, 181, 663.
4. Waine H. : *Arthritis and Rheumatism*, 1963, 6, 83–92.

CHARCOT (boala lui) : **pneumonia cronică pleurogenă.**

Este o afecțiune ce se caracterizează clinic printr-o inflamație proliferativă a parenchimului pulmonar, consecutivă unei lezionări precedente pleurale. Boala se manifestă din punct de vedere clinic prin junghi toracic, tuse, febră,

Scanned with OKEN Scanner

anorexie și adinamie. La examenul fizic, se constată în jurul focarului pulmonar, o matitate, suflu tubar, raluri crepitante și buloase mici. La examenul radiologic, se observă pe lîngă imaginea de pleurită și o condensare parenchimatoasă pulmonară. Prognosticul bolii este rezervat. Tratament simptomatic.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes*, New-York, 1960.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*, Editura Medicală, București, 1967.
3. Hinshaw H. C., Garland L. H.: *Diseases of the chest*. 2nd. Ed. W. B. Saunders, 1963.

CHARCOT (sindromul lui) (1858): **sindromul claudicației intermitente.**

Este o crampă dureroasă care survine în cursul mersului și care dispare cînd individul se oprește sau se odihnește. De obicei, crampa începe la nivelul moletului, rareori la talon, plantă sau picior și ulterior se extinde la întreaga gambă. În afară de aceste dureri se mai observă tulburări de sensibilitate, senzația de rigiditate, furnicături, răcirea picioarelor, paloare digitală, ulcerații și necroza părților moi ale extremităților. Se mai observă de asemenea dispariția pulsului la artera dorsală a piciorului și micșorarea indicelui oscilometric. Boala apare în caz de leziuni organice ale arterelor (ateroscleroză) și mai rar, în caz de spasme arteriale și anemiere musculară. Apariția sindromului de claudicație intermitentă este favorizată de frig, mers rapid și de urcarea scărilor. Factorii determinanți sînt următorii: diabetul zaharat, alcoolul, tutunul și sifilisul. Prognosticul este în funcție de natura și gradul leziunilor arteriale. Tratamentul este profilactic, administrare de vasodilatatorii și simpatectomie.

1. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Ed. Masson C-ie, 1963.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Orowski W.: *Lek. Inst. Nauk. Wyd. Warszawa*, t. I, 1947.

Scanned with OKEN Scanner

CHARCOT (boala lui) (1868) : **artropatia tabetică ; artropatia neurogenă.**

Este o afecțiune articulară care se întîlnește în cursul lezionării măduvei spinării, caracterizîndu-se printr-o tumefiere importantă, o indolență paradoxală și o laxitate articulară deosebită. Tabesul este afecțiunea care se însoțește cel mai frecvent de aceste tulburări. În afară de tabes, asemenea artropatii mai pot fi întîlnite în compresiunile cronice asupra măduvei și în siringomielie. Din punct de vedere patogenic, se pare că tulburările trofice neurogene joacă un rol esențial ; nu pot fi ignorate de asemeni nici traumatismele în geneza bolii. Se descriu mai multe feluri de artropatii : artropatia genunchiului (articulația este indoloră și bolnavul este jenat numai de o laxitate ligamentară, care permite angulații anormale), artropatia atrofică, piciorul tabetic, degetul mare tabetic și diferite artropatii vertebrale. Prognosticul este rezervat. Tratamentul constă din administrare de medicație antiluetică (penicilină).

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique*. Ed. Masson C-ie, 1963.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*. 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

CHARCOT-DUCHENNE (boală) (1865) : **scleroza laterală amiotrofică și paralizia bulbară progresivă.**

Este o afecțiune de cauză necunoscută care se datorește unei scleroze laterale amiotrofice și unei paralizii bulbare progresive concomitente. Se manifestă clinic prin simptome de paralizie flască și spastică. De obicei, forma spinală apare mai devreme decît cea bulbară, care se manifestă mai tîrziu.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Ed. Masson C-ie, 1971.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.

CHARCOT-ERB (boala lui) : **scleroza sau paralizia spinală spasmodică ; tabesul dorsal spasmodic.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune neurologică caracterizată prin paralizia primitivă spasmodică a membrelor inferioare prin atingerea bilaterală a căii piramidale. Boala poate avea caracter ereditar idiopatic sau mai frecvent, ea îmbracă aspectul secundar, în unele afecțiuni ale sistemului nervos central (mielite, sifilis, scleroza în plăci). Histopatologic : degenerescența căilor piramidale (neuronul motor central) în segmentele dorsale inferioare. Boala este mai frecventă la bărbat ; se întîlnește mai ales între 20—40 ani. Tabloul clinic se caracterizează printr-o slăbire progresivă a membrelor inferioare, cu spasme, hiperreflexie tendinoasă, semnul Babinski și clonusul piciorului. În afară de crize epileptiforme, se mai pot întîlni și diferite tulburări vezicale. Evoluția este îndelungată ; simptomele sînt ireversibile. Nu are tratament.

1. Brain R. : *Clinical Neurology.* 2nd. Ed. Oxford, 1964.
2. Geisler W. P., Jousse A. T. : *Canad. M.A.J.*, 1963, 88, 189.
3. Hyland H. H. : *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
4. Ivers R. R., Goldstein N. P. : *Proc. Staff. Mayo Clin.*, 1963, 38, 457.

CHARCOT-JOFFROY (boala lui) (1871) : **pahimeningită cervicală hipertrofică.**

Boală foarte rară, asemănătoare mult cu siringomielia. Se caracterizează clinic și lezional printr-o inflamație cronică a meningelor de origine luetică sau tuberculoasă, situată la nivelul regiunii cervicale, care realizează simfizarea celor trei foițe, cu îngroșarea, în special a durei mater. Îngroșarea meningelor determină o compresiune medulară a rădăcinilor, care produce la început, dureri și paralizii flasce și atrofii la membrele superioare. Acestea se însoțesc ulterior, de semne piramidale cu defect motor la membrele inferioare.

1. Baker A. B. : *Clinical neurology.* 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical neurology,* 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropethologie.* Edit. Masson C-ie, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

CHARCOT-MARIE (boală) : **amiotrofia de tip Charcot-Marie.**

Amiotrofia de tip Charcot-Marie se caracterizează prin atrofii musculare progresive, de tip distal, cu tulburări de sensibilitate inconstantă de tip polinevritic şi tulburări vegetative. Boala are caracter familial şi apare de obicei în copilărie sau în tinereţe. În procesul patologic sînt incluşi nervii periferici şi rădăcinile lor, cordoanele posterioare şi celulele din cordoanele anterioare. La nivelul nervilor periferici şi a rădăcinilor respective se observă leziuni degenerative ale axonilor şi tecilor. Cordoanele posterioare prezintă leziuni degenerative. În coarnele anterioare, neuronii sînt răriţi, prezentînd de asemenea leziuni degenerative. Leziunile predominente sînt cantonate în regiunile lombară şi cervicală. Tabloul clinic se manifestă prin atrofii musculare ale extremităţilor distale ale membrelor, de obicei cele inferioare, căpătînd aspectul de „picior de cocoş". Atrofiile duc la deformaţii ale piciorului sau ale mîinii. Tulburările motorii sînt neaşteptat de mici faţă de precedentele. Se mai observă hipotonie musculară, abolirea reflexelor osteo-tendinoase, tulburări de sensibilitate, tulburări vegetative, psihice şi urinare. Evoluţia este lent progresivă. Moartea se produce prin boli intercurente, după 10—20 ani sau după 50 de ani. Prognosticul tardiv este rezervat. Tratamentul paliativ constă din vitaminoterapie, băi galvanice şi masaje electrice.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M. (editors) : *Res. Publ. A. Nerv. and Ment. Dis.*, 1960, vol. 38, Williams and Wilkins.
2. Barrows H. S. : *Neuromuscular disease.* G. P., 1964, 29, 146.
3. Engel W. K. : *Neurology*, 1962, 12, 778.
4. Walton J. N. : *Abstr. World. Med.*, 1966, 50, 40, 1–12.

CHARCOT-MARIE-TOOTH-HOFFMANN (boala lui) (1886) : **atrofia musculară progresivă ; amiotrofia progresivă de tip peronier ; atrofia nevritică progresivă ; amiotrofia peronieră progresivă şi extensivă a adolescentului.**

Este o boală degenerativă cu caracter familial, cu debut în copilărie, între vîrstele de 5—15 ani, cu evoluţie lentă şi progresivă. Boala este

Scanned with OKEN Scanner

mai frecvent întîlnită la bărbați. Din punct de vedere clinic, se manifestă prin amiotrofii care încep la mușchii gambelor. Ulterior, sînt prinse și alte grupe musculare. Mersul este inițial stepat, apoi se transformă în mers valg. Într-o fază mai avansată, bolnavii nu pot sta locului, ci fac permanent mișcări cînd pe un picior, cînd pe altul. Din punct de vedere neurologic, se observă diminuarea sau abolirea reflexelor și uneori tulburări de sensibilitate profundă și tulburări vegetative. Histopatologic, se găsesc leziuni la nervii periferici, rădăcini, coarnele anterioare ale măduvei, cordoanele posterioare și coloana Clarke. În cadrul acestei boli se deosebesc următoarele forme clinice : Harryngham, Bernhardt, Davidenkov și Hennel.

1. Demos J., Treumann F., Schroeder W. : *Rev. Franc. Et. Clin. Biol.*, 1968, 467.
2. Demos J. : *Vie méd.*, 1973, 25, 3 093.
3. Demos J. : *Päd. Fortbildungskurse*, 1966, 18, 23.
4. Mendell J. R., Engel W. K., Derrer E. C. : *Nature*, 1972, 239, 522.

CHARCOT-VULPIAN (boala lui) : scleroza în plăci ; scleroza multiplă ; scleroza diseminată ; scleroza insulară.

Este o boală difuză a sistemului nervos central, caracterizată prin plăci de degenerescență, diseminate și o simptomatologie polimorfă ce evoluează în pusee și care variază de la un moment la altul, în raport cu teritoriile nervoase succesiv interesate. Etiologia este necunoscută. S-au incriminat natura infecțioasă, traumatică, toxică și alergică, autosensibilitatea neuronilor la unele substanțe. Simptomele prodromale sînt fotopsia, diplopia, afectarea nervilor cranieni, nevrita retrobulbară a nervului optic și diverse parestezii. În 5—8% din cazuri se poate remarca triada clasică a lui Charcot : nistagmus, vorbire sacadată și tremurături intenționale. În perioada de stare, tabloul clinic se manifestă prin : tulburări psihice (eutonie, euforie), tulburări sfincteriene și senzitive. Prognosticul este rezervat. Boala nu se vindecă ; în general, ea evoluează foarte lent. Numai excepțional se pot observa forme care se pierd rapid. Nu există nici un fel de tratament specific.

Scanned with OKEN Scanner

1. Hygland H. H.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
2. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
3. McAlpine D.: *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 1 029.
4. Schumacher G.: *New Engl. J. Med.*, 1960, 262, 961.

CHARCOT-WEISS-BAKER (sindromul lui) (1866): **sindromul sinusului carotidian.**

Este o afecțiune determinată de excitarea regiunii hipersensibile a sinusului carotidian, care determină vertije sau sincope de scurtă durată, cu oprirea cordului și a respirației. Tabloul clinic se mai întovărășește pe lîngă tulburările de mai sus de cefalee, adinamie, dureri precordiale, bradicardie și hipotensiune arterială. Boala se întîlnește mai frecvent la tineri fără leziuni organice ale cordului. Apare îndeosebi după emoții, înclinarea bruscă a capului, din cauza unui guler strîns etc. Uneori, sindromul apare și la indivizii în vîrstă cu leziuni de scleroză la nivelul sinusului carotidian.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Scherf D., Boyd L. J.: *Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und Gefasserkrankungen.* Ed. Springer, Wien, 1955.

CHARDIN (boala lui) (1830): **acrodinia epidemică a adultului.**

Este o afecțiune determinată ca și boala lui Feer, a lui Selter-Swift-Feer, de leziuni ale centrilor simpatici din mezencefal, printr-un proces inflamator, provocat de un virus sau o avitaminoză. Se manifestă clinic prin răcirea și umiditatea extremităților inferioare și superioare, edeme de culoare roș-aprins și dure, descuamarea pielii, parestezii sub formă de furnicături, prurit, arsuri și junghiuri. Bolnavii mai pot prezenta insomnii, agitație, apatie, anorexie, scădere în greutate, hipertensiune, sialoree, gangrenă, căderea dinților. Se observă de asemenea uneori o mioclonie pseudoparalitică, mioclonii și tremurături fibrilare.

1. Abramson D. I.: *Diagnosis and treatment of peripheral vascular disorders*, Hoeber, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

2. Barrett A. J., Fraser J. R. E. : *Peripheral vascular disease*. Melbourne Univ. Press., 1955.
3. Wright I. S. : *Vascular Diseases in clinical practice*. 2nd, Ed. Year Book, 1952.

CHARLIE (sindromul lui) : **sindromul malformativ oro-facio-digital.**

Este un sindrom malformativ oro-facio-digital, descris de Gorlin la copilul Charlie M., caracterizat clinic prin anchiloglosie superioară, sindromul Moebius, adactilie, oligodactilie, hipertelorism și incisivi conici. Afecțiunea nu este ereditară. Nu are tratament.

1. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes*. Birth defects : original article series, 1969, 5, 2, 65–76.
2. Gorlin R. J. : *Lille méd.*, 1970, 15, 6, 917–930.
3. Walbaum R., Maillard E., Donazzan M., Carbain M., Fontaine G. : *Lille Méd.*, 1970, 15, 6, 917–930.

CHARLIN (sindromul lui) : **sindromul nervului nazal ; sindromul ganglionului ciliar sau al nervului nazal.**

Este un sindrom dureros al feței cauzat de leziuni iritative localizate de-a lungul nervului nazal. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin paroxisme dureroase intense în unghiul intern al orbitei, partea anterioară a globului ocular și a vestibulului nazal, însoțite de hiperlăcrimare și rinoree. În afară de acestea se mai întîlnesc epifora și conjunctivită.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Nick J. : *Presse méd.*, 1968, 76, 8, p. 359.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Ed. Masson C-ie, 1969.

CHAGAS (boala lui) : **tularemia ; boala de iepure ; boala Parrinaud ; boala lui Francis (vezi).**

CHAGAS (boala lui) : **tripanosomiaza sudamericană.**

Este o boală infecțioasă determinată de un protozoar, trypanosoma cruzi, care este transmisă omului prin înțepătura ploșnițelor (panstrongylus megistus) sau prin dejecțiile acestora, care ajung prin scărpinare la nivelul conjunctivelor. Ca și în sifilis, la locul de pătrundere se formează o leziune primară sub formă de șancru, net deli-

Scanned with OKEN Scanner

mitată, ușor dureroasă, hiperemiată, care, după luni de zile lasă o pată pigmentată. După o perioadă de incubare de 1—2 săptămîni, boala debutează prin febră, adenopatii multiloculare, hepato-splenomegalie și tulburări tegumentare. Complicațiile țin de aparatul cardiovascular (insuficiența cardiacă). La tineri, evoluția este foarte zgomotoasă. Diagnosticul se pune pe baza existenței parazitului în sînge recoltat pe lamă, în picătură groasă și preparat nativ și pe xenodiagnoza lui Brumpt. Evoluția bolii este de 2—3 săptămîni. Nu se cunoaște pînă în prezent un tratament specific.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Jopling W. A.: *Differentialdiagnostik fur Tropenärzte.* Staufen-Verlag Kamp-Lintfort, 1960.
3. Nauck E. G.: *Lehrbuch der Tropenkrankheiten.* G. Thieme, Stuttgart, 1962.

CHASTEK (boala lui): **paralizii datorate acțiunii factorilor antineurină.**

Este o afecțiune determinată de acțiunea așa-numitor factori antineurină, care se manifestă prin diferite paralizii. Boala a fost descrisă îndeosebi în patologia animală (la vulpile argintii). La om, asemenea manifestări neurologice nu au fost semnalate decît destul de sporadic. Fenomenele s-ar datora unei carențe profunde de vitamina B_1.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.

CHARRIN-WINCKEL (boala lui) (1874): **icterul grav al tinerilor, infecțios și hemolitic.**

Este o afecțiune foarte rară și foarte gravă, care se întîlnește la tinerii de ambele sexe. Se manifestă clinic prin febră, stare generală alterată și o hemoliză foarte accentuată. Evoluția bolii este acută. Prognosticul este foarte grav; de cele mai multe ori, bolnavii mor prin insuficiență hepatică gravă și anemie profundă. Nu are tratament specific.

1. Dacie J. V.: *Brit. Med. J.*, 1962, 2, 429.
2. Dacie J. V.: *Am. J. Med.*, 1955, 18, 810.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

4. Lester R., Schmid R. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 779.

CHAUFFARD-MINKOWSKI (boala lui) : **icterul hemolitic congenital ; icterul acoluric cronic ; icterul cronic familial ; splenomegalia hemolitică ; anemia cu sferocite ; sferocitoza ereditară.**

Este o hemopatie ereditară și congenitală caracterizată prin prezența de eritrocite anormale (sferocite), anemie hemolitică și icter acoluric cu splenomegalie. Boala se manifestă între 5—10 ani. Se datorește unei tulburări congenitale în ceea ce privește atît formarea eritrocitelor (sferocite) cît și fragilitatea lor. Tabloul clinic se caracterizează prin următoarele grupe de simptome : anemie întovărășită de intensă astenie, care se manifestă în pusee ; icter acoluric ușor, care evoluează și el în pusee ; crize hemolitice însoțite de febră, dureri abdominale, palpitații și subicter ; splenomegalie constantă și deseori, considerabilă. Biologic, boala se caracterizează prin scăderea numărului de hematii, sferocitoză, reticulocitoză și scăderea rezistenței globulare. În măduva osoasă se remarcă mărirea numărului de eritroblaști, fără prezența megaloblaștilor. Testul lui Coombs este negativ ; splenocontracția este pozitivă, iar hiperbilirubinemia este indirectă. Prognosticul quoad vitam este bun. El este cu atît mai rău cu cît boala începe mai de tînăr. Moartea poate surveni în cursul unei crize de hemoliză. Splenectomia este singurul mijloc eficace pentru ameliorarea clinică și biologică a bolii.

1. Dacie J. V. : *The haemolytic anaemias*. J. and A. Churchill, London, 1954.
2. Gaensselen J. : *Dtsche Arch. Klin. Med.*, 1922, 140, 210.
3. Gasser C. : *Die haemolitischen Syndrome im Kindesalter*. G. Thieme, Stuttgart, 1951.
4. Maier C. : *Haemolyse and haemolitische Krankheiten*. H. Huber, Bern, 1950.

CHAUFFARD-STILL (boala lui) (1886—1896) : **reumatism cronic fibros deformant progresiv cu adenopatii și splenomegalie.**

Este o formă particulară de poliartrită cronică evolutivă a copilului, fără modificarea suprafe-

Scanned with OKEN Scanner

țelor articulare, care se întovărășește de anemie, splenomegalie, adenopatie și febră. Debutează la copil între 4—7 ani, cu artralgii și febră ca un reumatism poliarticular acut. Evoluția se face în pusee întretăiate de remisiuni. Tabloul clinic complet se instalează după cîteva pusee. Cordul rămîne indemn. În afară de infecții intercurente grave, bolnavii pot prezenta diferite complicații dintre care cele mai frecvente sînt tulburările de creștere, ale pubertății și degenerescența amiloidică a ficatului și rinichilor. Prognosticul este relativ grav. Tratamentul este asemănător cu cel din artrita reumatoidă.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, 1962.
2. Ragan C., Farrington E. : *J.A.M.A.*, 1962, 181, 663.
3. Rhinelander F. W. : *Arthritis and Rheumatism.*, 1961, 4, 566–569.
4. Symposium on Rheumatoid Arthritis : *J. Chron, Dis.*, 1957, 5, 609.

CHAUFFARD (sindromul lui) : **sindromul pancreatico-solar.**

Este o formă anicterică a cancerului de cap de pancreas. Boala se caracterizează clinic prin crize paroxistice dureroase epigastrice. În afară de aceste dureri, bolnavii cu această afecțiune mai prezintă diferite tulburări digestive (grețuri, vărsături), astenie marcată și slăbire generală. Un semn foarte important este pigmentarea predominantă a epigastrului. Tratamentul este numai chirurgical. Evoluția și prognosticul infaust.

1. Clifton E. E. : *Am. J. Med.*, 1956, 21, 760.
2. Eyler W. R., Clark M. D., Rian R. L. : *J.A.M.A.*, 1962, 181, 967–72.
3. McIlrath D. C. : *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 662.

CHAUFFARD (sindromul lui) : **forma tetanică a hemoragiei subarahnoidiene.**

Sindromul de mai sus reprezintă așa-numita formă tetanică a hemoragiei subarahnoidiene. Din punct de vedere clinic, afecțiunea se aseamănă cu toate hemoragiile subarahnoidiene. Caracteristica acestei forme clinice este apariția unor contracturi musculare tetanice. Evoluția bolii este destul de scurtă ; prognosticul este foarte grav.

Scanned with OKEN Scanner

1. Baker A. B. : *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 268.
2. Baker H. L. jr. : *Circulation*, 1965, 32, 559.
3. Hamby W. B. : *Postgrad. Med.*, 1963, 34, 317.
4. Pool J. L. : *J.A.M.A.*, 1964, 187, 404–409.
5. Ransohoff J. : *New York J. Med.*, 1963, 63, 2 494.

CHAVANY-CHAIGNET (sindromul lui) (1934) : **tulburări neurologice după crisoterapie.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin hiperalgii difuze, hiperestezie cutanată, anxietate, mișcări fibrilare, care se observă la unii bolnavi care au făcut tratament cu săruri de aur. Se admite că aceste tulburări survin în urma activizării, în cursul tratamentului cu săruri de aur, a unui virus neurotrop.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Ed. Masson C-ie, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHEADLE-MOELLER-BARLOW (boala lui) : **scorbutul infantil ; boala lui Moeller-Barlow (vezi).**

CHEATLE-CUTLER (boala lui) (1931) : **mastita plasmocitară.**

Este un sindrom anatomo-clinic mamar foarte rar, care din punct de vedere clinic se aseamănă cu un cancer mamar subacut, însă se deosebește din punct de vedere etiopatogenic și evolutiv de o neoplazie. Din punct de vedere histopatologic, afecțiunea se caracterizează printr-o infiltrație plasmocitară difuză, care înecă în sînul ei, toate elementele glandulare ale mamelei. Tratamentul este chirurgical ; prognostic bun.

1. Behrman S., Gosling J. R. G. : *Fundamentals of Gynecology*, 2nd. Ed. Oxford, 1966.
2. Benson R. C. : *Handbook of Obstetrics and gynecology.* 2nd. Ed. Lange, 1966.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHEDIAK-HIGASHI (sindromul lui (1948—1954) : **albinismul parțial oculo-cutanat și anomalie leucocitară ; sindromul Beguez-Cesar-Chediak-Higashi ;**

Scanned with OKEN Scanner

sindrom Steinbrick-Beguez-Cesar-Chediak-Higashi; sindromul granulațiilor gigante ale leucocitelor.

Este o boală ereditară rară datorită unei gene autosomice recesive, ce apare în copilărie, manifestîndu-se prin două tipuri de anomalii. O anomalie a leucocitelor constă dintr-o incluzie granuloasă anormală formată din lizozomi giganți. Această anomalie ține sub dependența sa evoluția foarte gravă a bolii și în special infecțiile microbiene cu repetiție. Altă anomalie este constituită dintr-un albinism parțial oculo-cutanat. Acesta se întovărășește de nistagmus, opacități corneene și cristaliniene și tulburări neurooftalmologice. Numai homozygoții fac o maladie aparentă; la heterozigoți ea se limitează numai la granulații leucocitare anormale. După perioada de infecții, apare o pancitopenie, hepatosplenomegalie, adenopatii și moartea survine prin hemoragii sau infecții. Evoluția este, în general, fatală; bolnavii mor înaintea vîrstei de 10 ani.

1. Chediak M.: *Rev. hemat.*, Paris, 1952, 7, 362.
2. Clark R. Q. A., Kimball H. R.: *J. Clin. Invest.*, 1971, 50, 12, 2 645.
3. Massa J. M. și colab.: *Bull. Soc. belge Ophtalm.*, 1966, 142, 1.
4. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969,
5. Touraine R. și colab.: *La dermatologie de 1967 à 1969*. Rev. Prat., 1969, XIX, 30, 4 311.

CHEDIAK-STEINBRINCK-HIGASHI (sindromul lui) (1948—1954): vezi **sindromul Chediak-Higashi.**

CHERCHEWSKY (boala lui): **constipația atonă.**

Constipația atonă este o afecțiune caracterizată printr-o dificultate de evacuare a intestinului gros datorită unei perturbări funcționale a motricității colice. La bolnavii cu această boală, exonerația intestinală insuficientă este de cele mai multe ori asimptomatică sau se manifestă clinic printr-o senzație proastă, cefalee și palpitații. La tușeul rectal, ampula rectală este adesea plină de materii fecale. Afecțiunea este cel mai frecvent întîlnită la femei și la nevropați. Se datorește unei atonii intestinale. Tratamentul este dificil. Evoluția bolii bună.

1. Davenport H.: *Physiology of the digestive tract*. Year Book, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

2. Necheles H., Kirsben M. : *Physiologic Basis of Gastrointestinal Therapy.* Grune and Stratton, 1957.
3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.

CHEVALIER (boala lui) (1867) : **hemiplegia sudorală.**

Este un complex simptomatic, descris încă din anul 1867, ce se caracterizează clinic prin diferite simptome de ordin neuro-vegetativ, sub formă de secreție sudorală foarte accentuată și hipertermia jumătății afectate. După această criză, în zona afectată se instalează hipotermie, edeme și cianoză.

1. Chevalier P. E. : *Thèse Médecine.* Paris, 1867.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.

CHEVALIER-JACKSON (boala lui) : **laringo-traheo-bronșita acută.**

Este o afecțiune foarte rară care se caracterizează din punct de vedere clinic printr-o laringo-traheo-bronșită acută. Boala este foarte dispneizantă, caracter ce o deosebește de celelalte forme clinice de laringo-traheo-bronșită.

1. Chodosh S., Segal M. S. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 894.
2. Fletcher C. M. : *Am. Rev. Resp. Dis.*, 1959, 80, 483.
3. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă.* Edit. Dacia, 1974.

CHEVALLIER (sindromul lui) : **anemia disfagică ; sindromul lui Plummer-Vinson (vezi).**

CHEVALLIER (boala lui) : **purpura inflamatorie cronică ; boala lui Schoenlein-Henoch (vezi).**

CHEVALLIER (sindromul lui) : **sindromul hemoragic anhematopoietic al pubertății.**

Este o afecțiune ce se întîlnește mai ales la sexul feminin, manifestîndu-se clinic prin epistaxisuri repetate. Aceste hemoragii se produc în timpul pubertății. Tabloul sanguin periferic și punctatul medular sînt normale. Evoluția și prognosticul favorabil.

1. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

CHEVALLIER (boala lui) : **glosita papulo-exulceroasă benignă ; glosita papuloasă acută a lui Michelson (vezi).**

CHEVALLIER (boala lui) : **glosita triunghiulară posterioară.**

Leziunile de glosită desenează pe limbă un triunghi a cărui bază este formată de către partea centrală a V-ului lingual, iar vîrful avansează cîțiva centimetri pe linia mediană. Suprafața interesată de procesul inflamator prezintă un aspect mamelonat sau neted, roșu sau lăcuit, sau cel mai adesea, punctat. În această din urmă eventualitate, leziunea este formată din mici plăci izolate, cu margini netede și cu contururi poligonale sau care desenează segmente de circumferință. Boala este fugace și de obicei, recidivează. Ea însoțește de obicei o inflamație a unui segment digestiv, coincizînd cu o gastrită pultacee sau flegmonoasă.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Ed. Masson C-ie, 1962.
2. Hardy J. D., Conn J. H. : *Ann. Surg.*, 1962, 155, 971.
3. Henning N. : *Dtsch. med. Wschr.*, 1962, 87, 605.

CHEVALLIER-FIEHRER (boala lui) (1957) : **disprotrombia.**

Este o afecțiune hemoragipară care se datorește tulburărilor celui de al treilea timp al hemostazei. Ea poate fi esențială sau secundară. Disprotrombia esențială are caracter familial și ereditar. Se prezintă clinic ca o diateză hemoragică serioasă : fie ca o hemofilie adevărată ce se manifestă prin hematoame, hematurie și hemartroze, fie ca o hemogenie banală sau chiar ca o hemofilo-hemogenie. Diagnosticul se pune pe baza examenului clinic și a alungirii timpului lui Quick. Disprotrombia secundară are caracterul unei diateze hemoragipare de tip hepatic. Apare în diverse hemopatii (anemia Biermer, leucoză), după diferite tratamente cu anticoagulante (heparină, dicumarol), postoperator etc. Prognostic relativ rezervat.

Scanned with OKEN Scanner

1. Chevallier P., Fiehrer A. : *Nouveaux syndromes hemorragiques. La dysprothrombie. Aspects actuels, diagnostic, traitement.* Masson C-ie 1957.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, edit., 1962.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

CHIARI (boala lui) (1846) : **tromboza sau obliterația venelor suprahepatice ; boala lui Budd-Chiari** (vezi).

CHIARI-FROMMEL (sindromul lui) (1885) : **sindrom amenoree-galactoree post-partum.**

Este amenoreea și galactoreea care survin după sarcină și care se datoresc tulburărilor celulelor „eta", elaboratoare de prolactină (LTH), cu rol în secreția și menținerea lactației. Prin suprimarea influenței inhibitorii a centrului hipotalamic asupra secreției de prolactină, apare sindromul. Această inhibiție poate fi determinată de diferite stressuri, scleroză în plăci, tumori, emoții, tromboze arteriale etc. Tabloul clinic se caracterizează prin amenoree, galactoree persistentă și atrofie vulvară, vaginală și uterină.

1. Everett J. W. : *Endocrinology,* 1956, vol. 58, 786.
2. Fine R. D., Willins B. : *Arch. Int. Med.,* 1967, vol. 112, p. 32.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Masson C-ie. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Pasqualini E. Q. : *Endocrinologia,* Ed. Ateneo, Buenos-Aires, 1961.
5. Pencea V., Schapira A., Gnezdovski V., Dudeanu I. : *Rev. Medico-Chirurgicală,* Iași, 1970, LXXIV, 2, 479.

CHIFFONIER (boală) : **cărbunele ; antraxul.**

Este vechea denumire a cărbunelui sau antraxului, care nu se mai întrebuințează astăzi.

CHILAIDITI (sindromul lui) (1910) : **interpoziția hepato-diafragmatică ; deplasarea subfrenică a colonului.**

Sindromul se caracterizează printr-o deplasare importantă a unghiului colic și uneori și a unor segmente din intestinul subțire, deasupra bolții hepatice. Afectarea poate fi constantă sau trecătoare. Deseori, această anomalie de poziție poate fi descoperită incidental ; alteori, atenția asupra acestei afecțiuni o determină existența unor du-

Scanned with OKEN Scanner

reri epigastrice trenante. Diagnosticul de precizie îl dă numai radiologia, mai ales prin clisma baritată și examenul din profil. Fixarea colonului pe marginea inferioară a ficatului poate determina dispariția tuturor simptomelor de mai sus.

1. Chilaiditi D. : *Fortschr. Rö. Strahl,* 1910, 16, 173.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
3. Goodwin E. : *Ann. int. Med.* 1966, 65, 160.
4. Grob M. : *Lehrbuch der Kinderchirurgie,* 1957.
5. Quervain F. De : *Spezielle chirurghische Diagnostik.* Berlin, 1931.
6. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.

CHILDS (sindromul lui) (1961) : **glicinoza ; hiperglicinemia.**

Este o boală metabolică ce apare în perioada neonatală, însă și mai tîrziu, caracterizîndu-se din punct de vedere clinic prin multiple tulburări metabolice (cetoacidoză gravă), neurologice (crize convulsive), hematologice (leucopenie cu neutropenie) și cîteodată, osteoporoză cu fragilitate osoasă. Elementul biochimic fundamental al glicinozei este hiperglicinemia. Glicinemia prin metoda cromatografică Efron este de 5—20 de ori mai crescută decît la normali (0,65 mg%). O creștere a glicinei se observă de asemenea în lichidul cefalo-rahidian și în sudoare. Alți aminoacizi pot fi de asemenea crescuți în sînge : leucina, izoleucina, valina, metionina, treonina. Tulburarea biochimică care stă la baza glicinozei este necunoscută. Toate căile metabolice explorabile sînt normale în afară de aceea a conversiunii glicină-serină. Tulburarea enzimatică nu este cunoscută ; se pare că este vorba de un deficit în ceea ce privește enzima ce catalizează conversiunea glicinei în serină.

1. Broyer M., Berger R. : *Glycinose. La Presse méd.,* 1968, 76, 2 155.
2. Childs B. și colab. : *Pediatrics,* 1961, 27, 522.
3. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală, București, 1966.
4. Nyhan W. L., Childs B. : *Abstr. Soc. Ped. Red.,* 1962, p. 3.

CHIRAY-ALBOT-BOUVRAIN (sindromul lui) : **icterul grav prelungit cu ciroză.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune ce evoluează în pusee, manifestîndu-se clinic prin icter cronic, hepato și splenomegalie, prurit, pseudocolici hepatice și leucocitoză. Aceste pusee recidivează și se agravează de fiecare dată. Ficatul și splina se măresc de volum și ulterior, apar ascita, varicele esofagiene și hemoragiile digestive. Sfîrșitul bolii se anunță prin febră, manifestări nervoase și hemoragii. Tratamentul acestei afecțiuni este numai simptomatic. El nu poate opri evoluția progresivă a bolii.

1. Gal E. A., Braunstein H. : *Am. J. Clin. Path.*, 1955, 25, 1 113.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Martini G. A. : *Internist* (Berl.), 1960, 1, 135.
4. Watson C. I., Hoffbauer F. W. : *Ann. Int. Med.*, 1946, 25, 195.

CHIRAY-PAVEL (boala lui) : **colecistatonia.**

Colecistatonia este o afecțiune ce se caracterizează printr-o dilatare variabilă a vezicii biliare, cu totul independentă de vreun obstacol mecanic extrinsec sau intrinsec la nivelul cisticului. Această afecțiune poate fi determinată de o insuficiență a musculaturii veziculare (teren ereditar, hipotiroidism, denutriție), insuficiență glandulară (hipocorticism, disoestrogenism etc.), de perturbarea sistemului de inervare funcțională a vezicii biliare, de eliberare insuficientă de colecistokinină, excitantul fiziologic al peretelui vezicular și de asocierea acestor factori. Tabloul clinic se manifestă prin simptome veziculare (dureri în punctul cistic), accidente dispeptice și diferite tulburări la distanță. Pentru precizarea diagnosticului este necesară explorarea radiologică și tubajul duodenal, preferabil minutat. Tratamentul constă din administrare de substanțe colecistokinetice (colecistokinină, ceruleină etc.) și tubaje duodenale repetate.

1. Caroli J. : *Méd. et Hyg.* Génève, 1955, 13, 389.
2. Gligore V., Marinca E., Herschkowitz I., Marin Fl. : *Viața Medicală*, 1960, 11, 28.
3. Massion J., Lionard P. : *Sem. Hôp.* Paris, 1967, 43, 789.
4. Paris J. : *Arch. De l'App. Dig.*, 1956, 45, 3, 396.

Scanned with OKEN Scanner

5. Pavel I. : *Colecistopatiile.* Edit. Medicală, București, 1961.
6. Tareev M. : *Terapevticevski Arhiv*, 1958, nr. 2.

CHRISTLIEB-HICKLER (boala lui) (1969) : **hipertensiunea arterială cu stimulare inapropriată de aldosteron.**

Este un sindrom caracterizat prin persistența unei secreții normale de aldosteron ca răspuns la administrarea de ACTH, însă insensibilă la acțiunea angiotensinei endogene și la privația de sodiu cu încărcare de potasiu. Clinic, se manifestă sub forma unei hipertensiuni arteriale permanente.

1. Christlieb A. R., Hickler R. B., Lauler D. P., Williams G. H. : *New Engl. J. Med.*, 1969, 281, 3, p. 128.

CHURG-STRAUSS (boala lui) : **granulomatoza alergică.**

Este o afecțiune descrisă mai întîi de Zuelzer și Apt, iar apoi, în 1951 de către Churg și Strauss. Este o maladie de sistem și de colagen caracterizată printr-o eozinofilie sanguină și leziuni cutanate, musculare și pluriviscerale. Tabloul clinic este variat și polimorf, manifestîndu-se prin crize nocturne de dispnee paroxistică, endocardite, pericardite, insuficiență cardiacă, hepatosplenomegalie, adenopatii și atingere renală. Se descriu și diferite psihopatii. În sînge, se remarcă o leucocitoză cu un procent mare de eozinofile (adesea mai mare de 50%). Afecțiunea este febrilă și evoluează de la cîteva luni la cîțiva ani. Decesul se produce în urma caşexiei sau a altor complicații.

1. Herbeuval R. și col. : *La presse méd.*, 1966, vol. 74, nr. 29, p. 1 537.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.

CITRIN-GORDON (boala lui) (1957) : **enteropatia exsudativă.**

Descrisă mai întîi în 1957 de Citrin și apoi de Gordon, afecțiunea se caracterizează printr-o eliminare crescută de proteine plasmatice în intestin. Această tulburare este determinată de diferite perturbări funcționale ereditare a capilarelor intestinale, sau de un defect cîștigat al mucoa-

Scanned with OKEN Scanner

selor (enterocolită, colită ulceroasă, ileită etc.). Dacă există diaree, aceste proteine trec în fecale, dacă nu, cea mai mare parte din ele sînt digerate. Dat fiind că ficatul nu poate utiliza toți acizii aminați rezultați din această digestie pentru sinteza de proteine, o mare parte din ele se pierd pe cale urinară. Consecința acestei tulburări este o hipoproteinemie cu toate urmările corespunzătoare. Uneori, rezecția unui segment intestinal poate vindeca spectacular boala.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală București, 1965.
2. Jeffries G. H., Weser E., Sleisenger M. H. : *Gastroenterology*, 1964, 46, 434.
3. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă.* Vol. II, Editura Dacia, Cluj, 1973.
4. Riva G. : *Helv. med. Acta*, 1962, 29, 365.

CHOMEL (boala lui) : **acrodinia infantilă ; boala lui Selter-Swift-Feer ; trofodermatonecroza ; dermatopolinevrita ; eritredemul ; pink disease.**

Boală asemănătoare cu acrodinia epidemică a adultului a lui Chardin (1930), acrodinia este o boală a copilăriei, caracterizată prin roșeață, edem, parestezii dureroase ale membrelor superioare și inferioare, tahicardie, hipertensiune arterială, agitație psihică, anorexie și fotofobie. Se observă mai frecvent la copiii între 6 luni — 6 ani. Cauza bolii este necunoscută. Tabloul clinic se manifestă prin tulburări vasomotorii ale extremităților, tulburări nervoase (apatie, fotofobie, iritabilitate), tahicardie și hipertensiune arterială, transpirații abundente. Prognosticul este bun. Vindecarea se face fără sechele în 5—7 luni. Tratamentul este simptomatic.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Ed. Masson C-ie, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CHRISTIANSEN-SILVERSTEIN (atrofia sau sindromul lui) : **atrofia musculară distală prin leziune cerebrală cu sindrom cortical senzitiv ; sindromul lui Silverstein.**

Este o afecțiune neurologică ce se întîlnește

Scanned with OKEN Scanner

în tumorile lobului parietal și în unele tumori rolandice. Se manifestă clinic prin amiotrofie de origine corticală, localizată unilateral la mînă, care se însoțește de un sindrom cortical senzitiv.

1. Dowben R. M. : *Texas Rep. Biol. and Med.*, 1965, 22, 849.
2. Dowben R. M. : *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 430.
3. Zundel W. S., Tylor F. H. : *New Engl. J. Med.*, 1965, 273, 537.

CHRISTMAS (boala lui) : **hemofilia B.**

Este o afecțiune ereditară caracterizată printr-o întîrziere a coagulării sîngelui și care se manifestă esențialmente prin hemoragii. Caracterul ereditar patologic se comportă ca un caracter recesiv legat de sex (transmis prin cromozomii X). Hemofilia de tip B sau boala lui Christmas (numele unui bolnav la care a fost descrisă prima oară hemofilia B) se datorește lipsei unui factor seric prezent în plasma și serul hemofiliei de tip A (factorul IX) sau PTC și prezenței unui anticoagulant în sînge. Hemoragiile constituie tulburările cele mai importante ale bolii ; ele pot fi : externe (precoce și foarte grave), musculare, articulare și vasculare. Examenele de laborator, care permit identificarea bolii sînt : întîrzierea timpului de coagulare, diminuarea consumului de protrombină și diminuarea factorului IX. Prognostic rezervat. Tratament : transfuzia cu sînge proaspăt.

1. Biggs R., MacFarlane R. G. : *Brit. J. Haemat.*, 1958, 4, 1–27.
2. Aggeler P. M. și colab. : *Am. J. Med.*, 1961, 30, 84–94.
3. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis*. W. S. Saunders, 1969.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

CIVATTE (boală) (1922) : **poikilodermia reticulară pigmentară ; atrofia reticulară pigmentară.**

Este o dermatoză care din punct de vedere clinic se aseamănă cu melanoza lui Riehl. Se deosebește de aceasta din urmă prin prezența unor telangiectazii și o atrofie accentuată a pielii. Se pare că boala se datorește unor tulburări

Scanned with OKEN Scanner

endocrine. Ea apare cu predilecție la femei, în timpul menopauzei.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Jablonska S. : *Przgl. Derm.*, 1949, 36, 45.
3. Lerner M. R., Lerner A. B. : *Dermatologic Medications*, Ed. II, Year-Book, 1960.

CIVATTE (boala lui) : **fibromul în pastile ; sindromul lui Arning-Lewandowsky (vezi).**

CITELLI (sindromul lui) : **hipertrofia țesutului limfatic nasofaringian.**

Este o afecțiune determinată de o hipertrofie a țesutului limfatic nasofaringian sau de o sinuzită maxilară. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă printr-o deficiență intelectuală și psihică, insomnie sau somnolență excesivă și imposibilitatea de a se concentra. Afecțiunea apare mai frecvent în copilărie. Cura helio-marină și amigdalectomia pot ameliora simptomatologia bolii.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of Otolaryngology*, Ed. 3-a, Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology*, 5 vol. Prior, 1960.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.

CLAUDE (sindromul lui) (1912) : **sindromul nucleului roșu ; sindromul inferior al nucleului roșu.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea nervilor din perechea a III-a și a IV-a de partea focarului patologic, care se manifestă clinic prin hemiasinergie, hemiataxie și dismetrie de partea opusă. Nu se remarcă nici paralizii și nici tulburări de sensibilitate.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson, Paris, 1971.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II. Editura Medicală, București, 1957.

CLAUDE (sindromul lui) : **sindromul nucleului roșu.**

Este un sindrom neurologic determinat de lezionarea nucleului roșu, care se manifestă clinic prin tremurături intenționale, dificultate în menținerea atitudinilor și dismetrie.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*. 3rd, Ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, Ed. Williams and Wilkins, 1955.

CLAUDE BERNARD-HORNER (sindromul lui) : **paralizia simpaticului cervical ; sindromul lui Hutchinson.**

Sindromul lui Claude Bernard-Horner sau paralizia simpaticului cervical se întîlneşte în leziunile bulbului sau ale măduvei, în siringobulbie, în ocluzia arterei cerebeloase posterioare şi inferioare, în sifilisul nervos şi în atingerea segmentelor C_8 şi D_1 ale simpaticului gîtului şi în cursul intervenţiilor chirurgicale pe tiroide. Se manifestă clinic prin miozis, îngustarea fantei palpebrale, enoftalmie şi cîteodată, prin vasodilataţie şi absenţa de sudaţie la injectarea de pilocarpină (anhidroză) la nivelul pielii gîtului şi a feţei de partea leziunii. Este absent de asemenea şi reflexul cilio-spinal.

1. Antoni N. : *Neurology*, 1962, 12, 795.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. 1963. Lab. Delalande-Courbevoie.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, Bucureşti, 1957.
4. Pitts F. W., Groff R. A. : *Surgery*, 1964, 56, 806.

CLAUDE-GOUGEROT (sindromul lui) (1907) : **senilitatea precoce pluriglandulară ; sindromul suprareno-tiro-genital ; sindromul de senilitate precoce a lui Falta (1912).**

Este un sindrom endocrin determinat de perturbarea funcţională a glandelor suprarenale, tiroidei şi a organelor genitale. Boala apare la adolescenţi, afectînd în mod egal ambele sexe. Din punct de vedere clinic, se manifestă prin scădere în greutate, căderea părului şi a dinţilor, piele uscată şi ridată, pigmentaţie, hipotensiune arterială şi scăderea funcţiei sexuale. Concomitent se observă de asemeni şi o deficienţă accentuată somatică şi psihică.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines*. Flammarion, 1949.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame*. Editura Medicală, Bucureşti, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands.* Lea and Febiger, 1951.

CLAUDE (boala lui) : **coreea subacută a bătrînilor. Este o formă clinică de coree, cu evoluție subacută, care apare la o vîrstă mai înaintată. Boala are aceeași incidentă la ambele sexe. Are evoluție benignă. Tratamentul este același ca și în coreea Sydenham.**

1. Baird H. W. : *P. Clin. North. America*, 1963, 10, 705.
2. Costeff H. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 1 410.
3. Keith H. : *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 895.

CLAUDE-LHERMITE (sindromul lui) : **sindromul infundibular.**

Afecțiune neurologică determinată de leziunarea infundibulară. Se manifestă clinic prin diabet insipid, hipotermie, hipersomnie și diferite tulburări circulatorii.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.

CLAUDE-LHERMITE (sindromul lui) (1920) : **leucoencefalita acută în focare succesive.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology.* 3rd, Ed. Lea and Febiger, 1963.

CLEMENT (sindromul lui) (1937) : **distrofia osteocondrală poliepifizară a lui Robert Clement ; polioosteocondrita lui Turpin și Coste (1941) ; sindromul lui Marquio-Silferskjöld ; sindromul lui Vorme-Gougeon ; boala lui Silferskjöld.**

Este o displazie poliepifizară care determină ca statura individului să rămînă pitică, cu porțiunile proximale și medii ale oaselor de la extremități anormal de scurte. Se mai observă în

Scanned with OKEN Scanner

acelaşi timp, deformaţii ale coloanei vertebrale, pes varus, nas în şa şi întîrziere în osificarea oaselor lungi. Etiologia bolii este necunoscută. Din punct de vedere radiologic se remarcă: deformarea diafizelor oaselor lungi, îngroşarea fungoasă a epifizelor şi leziuni condro-distrofice la nivelul epifizelor şi metafizelor oaselor lungi.

1. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Ed. Expan. Sci. Franc., 1966, Paris.
2. Grudzinski Z.: *Fortschr. Rtg.*, 1928, 38, 873.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.

CLERC-LEVY (sindromul lui): **o formă specială de sindrom Wolff-Parkinson-White (sindromul conducerii accelerate).**

Este un tip de sindrom Wolff-Parkinson-White, identificat electrocardiografic prin variaţiile pantei curbei, în fiecare punct al ei, în derivaţia I-a. Acest sindrom, n-ar fi în esenţă, decît un sindrom W.P.W tip A_1 Ohnell.

1. Friedberg C.: *Diseases of the heart,* ed. 3rd. Saunders, 1966.
2. Rowe J. C., White P. D.: *Ann. Int. Med.*, 1958, 49, 260.
3. Wolff L.: *Circulation,* 1954, 10, 282.

CLERAMBAULT (sindromul lui) (1935): **eratomania.**

Este o psihoză care uneşte simptomele megalomaniei paranoiei cu simţul de grandoare, iubire şi speranţă. Bolnavii sînt obsedaţi sexual. Dominanta psihică este numai în legătură cu persoana pe care o iubeşte şi crede că aceasta nu poate fi fericită decît alături de el. Această psihoză se manifestă în trei stadii: de optimism (iubire), de pesimism (învinuiri, gelozie, duşmănie, revoltă) şi de ură profundă (scandaluri, ameninţări, scrisori anonime, agresivitate).

1. Baruk H.: *Précis de psychiatrie,* 1950, Paris.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală Bucureşti, 1967.
3. Laconte M.: *Annal. Méd.*, 1958, 2, 209.

CLOQUET (boală): **hernia lui Cloquet.**

Este o varietate rară de hernie crurală al cărei sac este situat între muşchiul pectineu şi aponevroza sa sau chiar în grosimea muşchiului.

Scanned with OKEN Scanner

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle Chirurgische Diagnostik,* Berlin, 1931.

CLOUGH-RICHTER (sindromul lui) (1918) : **anemia familială cu autoaglutinarea hematiilor.**

Sindromul face parte din grupul sindroamelor hemolitice prin auto-anticorpi „la rece" activi la o temperatură inferioară celei corporale. Există în acest grup, o formă cronică, cu etiologie necunoscută, care se manifestă clinic ca o hemoglobinurie paroxistică a frigore și o formă acută, observată în cursul pneumoniilor cu virus sau în alte afecțiuni virale. În sindromul Clough-Richter anemia se datorește unor autoaglutinine, care pot fi puse în evidență punînd în contact hematiile bolnavului cu serul său diluat la valori mai mari de 1/64, la temperatura de 4°.

1. Dacie J. V. : *The hemolytic anemias I. Congenital hemolytic anemias,* Churchill, 1960.
2. Dacie J. V. : *Auto-immune hemolytic anemias.* Churchill, 1962.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande—Courbevoie, 1963.

CLOUSTON de (sindromul lui) : **sindromul canadienilor francezi.**

Este o formă clinică de keratom ereditar și familial al palmelor și al plantelor. Se întovărășește în același timp, de hipertricoză și modificări ale unghiilor. Evoluție lentă și benignă. Nu are tratament specific.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Ed. Maloine, 1956.
2. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, 1955.

CLUTTON (sindromul lui) : **hidrartroza lui Clutton.**

Este o afecțiune ce se caracterizează clinic printr-un proces inflamator în articulația genunchiului sau a cotului. Lichidul din cavitatea articulară produce o tumefiere nedureroasă a articulației, fără a-i limita mișcările. În unele cazuri, pe lîngă manifestările articulare, se mai asociază și o keratită proliferativă. Acest sindrom se întîlnește în sifilisul congenital tardiv.

Scanned with OKEN Scanner

1. Dabrowski K., Gackowski I., Jacubowski M. : *Medycyna*, 1933, 763.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

COATS (boala lui) (1908) : **retinita exsudativă externă ; corioretinita degenerativă Lober ; retinita hemoragică externă.**

Este o afecțiune oftalmologică frecventă, mai ales la bărbații tineri, predominent unilaterală. Se manifestă din punct de vedere clinic prin hemoragii, exsudate care ocupă toate straturile externe ale retinei, dilatarea și sinuozitatea arterelor, neoformații vasculare și diferite complicații : glaucom secundar, stratificarea retinei și cecitate. Nu se cunoaște etiologia bolii. S-au incriminat sifilisul, tuberculoza, infecțiile de focar, toxoplasmoza, diferite tulburări endocrine și defecte de dezvoltare ale unor ramuri ale vaselor retiniene. Histopatologic : se caracterizează printr-un exsudat sub-retinian, constituit din albumină, fibrină, globule roșii, macrofage încărcate de lipide și colesterol. Epiteliul senzorial este dezintegrat.

1. Coats G. : *Graefes Arch.*, 1912, 81, 275.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Miratiynska-Ernestowa A. : *Klinika Oczna*, 1949, 19, 419.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

COATS (boală) : **inelele albe ale corneei.**

Este o anomalie congenitală, cu etiologie necunoscută și fără nici un fel de simptomatologie. Se caracterizează prin existența unor inele albe, rotunde sau ovale, cu diametrul aproximativ de 0,5 mm, care sînt diseminate la nivelul membranei lui Bowman. Aceste inele reprezintă niște depozite lipidice.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Purtscher E. : *Graefes Arch.*, 1949, 149, 397.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Ed. Masson C-ie Paris, 1969.

COBB (sindromul lui) (1915) : **angiomatoza medulocutanată.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune congenitală, foarte rară, care se caracterizează prin existența concomitentă a unui angiom cutanat cu un angiom medular. Boala poate fi asimptomatică sau poate determina complicații grave, cînd se lezionează sau se dezvoltă mult angiomul medular. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Baufle P. : *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, Masson C-ie, 1955.

COCKAYNE (sindromul lui) (1936) : **nanism distrofic cu retinită pigmentară, atrofie optică și uneori, cataractă și surditate evolutivă ; nanism progeroid.**

Este o afecțiune cu incidență familială, aspect de progerie, întîrziere în dezvoltarea psihică și somatică. Bolnavii pot prezenta în plus și o fotodermoză din cauza unei foto-alergii, determinată de transformarea, sub influența luminii, a unei substanțe ce devine antigen, respectiv o haptenă cu acțiune locală. Bolnavii mai pot prezenta pe lîngă o limitare a mișcărilor articulare (genunchi, coate, degete), cataractă și surditate evolutivă. Nu are tratament.

1. Emerit J. : *Vie méd.*, 1973, 1, 21.
2. Emerit J., De Gronchy J., Laval-Jeantet M., Corone P., Vernant P. : *Acta Génét. Méd. Gemell.*, 1965, 14, 132.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Buc. 1965.
4. Liberman J. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1961, 52, 116.

CODOUNIS (boala lui) : **cianoza methemoglobinică ereditară.**

Cianoza methemoglobinică ereditară este de obicei congenitală și mult mai rară decît cianoza methemoglobinică secundară prin substanțe chimice. Forma familială se caracterizează prin faptul că este durabilă, că apare la mai mulți membri ai familiei și că are o pronunțată persistență a methemoglobinei în eritrocite. Din punct de vedere patogenic se deosebesc două forme : forma methemoglobinică (boala Hb-M), care poate fi diagnosticată numai prin electroforeza hemo-

Scanned with OKEN Scanner

globinei și forma datorită unui deficit de reductază methemoglobinică (enzimopatie). Din cauza persistenței cianozei, această boală poate fi deseori confundată cu anomaliile cardiace congenitale. Methemoglobinemia idiopatică nefamilială, care se întîlnește la femei în legătură cu tulburările ciclului menstrual, este cunoscută sub denumirea de sindromul lui Vanotti.

1. Fischbach E.: *Zyanose-Symptom in neurer Sicht.* Arztl. Prax., 1960, 12, 1681.
2. Kallner S.: *Acta. Med. Scand.* 1942, 130 suppl.

COGAN (sindromul lui) (1945): **keratita interstițială nesifilitică cu simptome vestibulo-auditive.**

Mai frecventă la bărbații tineri decît la femei, boala se caracterizează printr-o keratită parenchimatoasă posterioară de tip granulos. Boala este de obicei bilaterală, evoluînd de la o zi la alta. Se manifestă clinic prin simptome vestibulo-auditive ca: grețuri, vărsături, amețeli, nistagmus. Odată cu apariția surzeniei se ameliorează simptomele vestibulare. Tardiv se poate observa și vascularizația corneei. Afecțiunea poate apare ca o complicație în bolile de sistem (limfogranulomatoză, periarterită nodoasă) sau după tratamentul oxiurozei cu acid ftalic sintetic. Prognostic sever. Nu are tratament.

1. Cogan D. G.: *Arch. Ophtalm.*, 1945, 33, 144.
2. Faire J. R., Levi G. A.: *Amer. J. Ophtalm.*, 1960, 49, 1017.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
4. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

COGAN (sindromul lui) (1953): **apraxia oculo-motorie.**

Apraxia oculo-motorie se manifestă clinic prin absența bilaterală a mișcărilor voluntare ale globilor oculari. Mișcările involuntare sînt păstrate. În cursul rotației laterale a capului se produce rotația simultană, dar de partea opusă, a globilor oculari. Este o anomalie de origine congenitală, frecventă la copil. Antrenează dificultăți la mers și la citit. Bolnavii cu această afecțiune prezintă absența mișcărilor voluntare de lateralitate și dificultăți de a privi înainte. Aceste dificultăți sînt în parte compensate prin mișcările capului. Există de asemenea și o abolire a

Scanned with OKEN Scanner

nistagmusului opto-cinetic, care denotă o atingere occipitală cu alterarea reflexelor viso-vizuale, pe lîngă lezionarea centrilor frontali.

1. Cogan L. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1953, 4, 432–441.
2. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuro-radiologique en ophtalmologie*, Masson C-ie, 1966.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire, Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

COLLES (boala lui) (1822) : **septicemia cu pustule.** Este o septicemie manifestată clinic prin hipertermie, astenie, transpirații profuze, stare subcomatoasă și prezența de numeroase pustule pe suprafața tegumentelor. Boala este determinată de o infecție cu stafilococul auriu. Prognosticul este foarte grav. Tratamentul constă din administrare de antibiotice cu spectru larg.

1. Dubos R. J., Hirsch J. G. : *Bacterial and Mycotic Infections of Man.*, ed. 4-a, Lippincott, 1965.
2. Feingold D. S. : *New England J. Med.*, 1963, 269, 900–907.
3. Pullen R. : *Communicable Disease*. Lea and Febiger, 1950.

COLLES (boală) (1914) : **fractura Colles ; fractura radiusului, tipică sau clasică.** Este o fractură a radiusului situată la 2 cm deasupra suprafeței articulare, ce apare cu predilecție la adulți și mai rar, la copii. Fragmentul osos periferic se deplasează spre fața dorsală a mîinii, dînd aspectul de dislocare „în baionetă". Acest gen de fractură se întovărășește deseori de fractura apofizei stiloide a radiusului. Prognosticul este bun. Tratamentul este ortopedic sau chirurgical.

1. Bunnel S. : *Surgery of the hand*. 1948.
2. Lynch A. C., Lipscomb R. : *J.A.M.A.*, 1963, 185, 363.
3. Rădulescu A. : *Ortopedie chirurgicală*. Buc., 1939.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*. München–Berlin, 1951.

COLE-RAUSCHKOLB-TOOMEY (sindrom) (1941) : **displazia ecto-mezodermică cu afectare osoasă.** Este o displazie ce se caracterizează prin atrofia diseminată, prin pete pe gît și trunchi, atrofia în zone pe extremități și tulburarea pigmentației, la care se asociază dilatarea vaselor și

Scanned with OKEN Scanner

distrofia dinților și unghiilor. Se mai observă de asemenea absența halucelui și primului metatarsian de la piciorul stîng, precum și sindactilia ultimelor două degete de la mîna dreaptă.

1. Cole C. H., and cow. : *Arch. Derm. Syph.*, 1941, 44, 773.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Sci. Franc., Paris, 1966.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

COLLET-BONNET (sindromul lui) : **sindromul paratiroidian al lui Collet-Bonnet.**

Este o asociere de sindrom Collet-Sicard-Vernet și o paralizie a nervului facial. Vezi : sindromul lui Collet-Sicard-Vernet.

COLLET-MARTIGLI-HOFFMANN (sindromul lui).

Sindromul de mai sus reprezintă o asociere între sindromul Tapia și sindromul lui Claude Bernard-Horner. După cum se știe, sindromul Tapia se caracterizează printr-o paralizie unilaterală a limbii și a corzilor vocale de aceeași parte cu leziunea, determinat de leziuni periferice, de obicei traumatice, a nervilor glosofaringian și vagospinal (sub ganglionul plexiform). Acest sindrom complex este determinat de un proces, care comprimă nervul sublingual și lanțul simpatic cervical. Prognostic sever. Tratament etiologic.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie,* Masson C-ie, 1971.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd ed Williams and Wilkins, 1955.

COLLET-SICARD-VERNET (sindromul lui) (1915) : **sindromul de condilo-gaură posterioară ruptă ; sindromul condilo-rupt posterior Sicard (1912) ; sindromul lui Vernet cu paralizia jumătății limbii.**

Este un sindrom neurologic determinat de lezionarea nervilor cranieni (al IX-lea, al X-lea, al XI-lea și al XII-lea), care trec prin gaura posterioară și canalul condilian. Se caracterizează clinic prin hemiparalizia homolaterală a constrictorului superior al faringelui, vălului palatului, corzilor vocale, a sternocleidomastoidianului și a trapezului, asociată cu hemianestezie faringolaringiană și hemiparalizia atrofică a limbii. Sindro-

Scanned with OKEN Scanner

mul apare în cazurile de fractură a bazei craniului, cînd linia de fractură trece prin fereastra condiliană și fereastra ruptă. El mai poate apărea în procesele tumorale, care invadează regiunea bazei craniului.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd Oxford, 1964.
2. Collet J., Rebattre L. : *Arch. Intern. Otorinolaryng.*, 1922, 28, 361.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

COLLIER (boala lui) (1931) : **paralizia lui Collier.**

Este un sindrom neurologic caracterizat clinic prin pareza nervului oculomotor, frecvent anestezia trigemenului și nevralgie facială, datorată unui proces inflamator de la nivelul periostului fantei clinoide. Acest proces inflamator, care regresează rapid și spontan, poate fi determinat de extinderea unui proces inflamator din sinusurile suplimentare sau în urma unei expuneri la rece.

1. Collier P. : *Proc. Royal Soc. Med. (Sect. Neurol-Ophtalm.)*, 1921, 14, 1.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

COLLIN-POLONOVSKI-DURAND (boala lui) (1955—1958) : **intoleranța ereditară la lactoză.**

Este o afecțiune foarte rară în forma sa primitivă ; în forma secundară ea este relativ mai frecventă. Este o boală ereditară cu un mod de transmisiune recesivă. În procesul patogenic pot fi incriminate trei enzime cu activitate beta-galactosidazică. Tabloul clinic se manifestă prin dureri abdominale, meteorism, flatulență, colici și diaree. Eliminarea laptelui din alimentație ameliorează boala.

1. Lamy M., Royer P., Frézal J., Rey J. : *Maladies héréditaires du metabolisme chez l'enfant*. Masson C-ie, Paris, 1968.
2. Lestradet H. : *Vie médicale*, 1973, 1, 51.
3. Rey J., Frézal J. : *Arch. fr. Péd.*, 1967, 24, 65.
4. Rey J., Rey F., Schmitz J., Frézal J. : *Arch. fr. Péd.*, 1971, 28, 1017.
5. Siebner H., Klaus D. : *Dtsch. med. Wschr.*, 1966, 1, 2 149.

Scanned with OKEN Scanner

COLORADO (boală) : **febra de Colorado ; Colorado tick fever.**

Febra de Colorado este o boală cauzată de un virus mic care este transmis omului de căpușa Dermacentor andersoni. Boala se întîlnește în regiunea Munților Stîncoși, în intervalul de timp dintre primăvară și vară. Perioada de incubație este de 2—7 zile. Boala începe brusc prin febră, cefalee, dureri musculare și astenie intensă. După 2—3 zile, aceste simptome dispar și ulterior, reapare o nouă criză asemănătoare. Numai excepțional, urmează o a treia criză. Din punct de vedere obiectiv, se poate remarca doar o splenomegalie moderată. Boala se poate complica cu reacții meningeale și hemoragii trecătoare ; acestea, mai ales la copii. Biologic, se observă leucopenie de 2 000—5 000 leucocite pe mmc. ; în sînge se poate pune în evidență, în faza acută a bolii, virusul respectiv, prin inoculare la șoarece sau hamster. Nu are tratament eficace.

1. Conn H., Conn R. : *Current diagnosis 2.* W. B. Saunders, 1969.
2. Eklund C. M., Hohls G. M., Brennan J. M. : *J.A.M.A.* 1955, 157, 335.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* ed. 5-a Mosby, 1964.

COMBY (sindromul lui) : **stomatita pultacee de natură rujeolică.**

Este o afecțiune stomatologică care se manifestă clinic printr-un enantem al mucoasei cavității bucale. Apare în perioada de invazie a rujeolei, în același timp cu semnul lui Koplick. Evoluează scurt : 24—36 ore. În această perioadă de timp, stomatita trece de la aspectul inițial hiperemic, la o descuamație superficială insulară, care lasă o mucoasă colorată în roșu. Vindecarea este spontană, odată cu evoluția rujeolei.

1. Dechaume M. :*Précis de stomatologie.* Ed. Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande—Courbevoie, 1963.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* ed. V-a Mosby, 1964.

COMBY (boala lui) (1945) : **methemoglobinemia apei de băut.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune mai frecventă în America. Se observă la nou-născuții a căror alimentație se prepară cu apă păstrată în rezervoare ce conțin nitrați și nitriți. Aceste substanțe provoacă o intoxicație acută sau cronică, datorită formării de methemoglobină în sîngele copilului. Boala cu evoluție variabilă și cu prognostic defavorabil, se caracterizează clinic prin cianoză cenușie și diaree. În sînge se găsesc cantități crescute de methemoglobină. Tratamentul este preventiv.

1. Comby H. H.: *J.A.M.A.*, 1945, 129, 112.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie,* München-Berlin, 1951.

COMÉL (sindromul lui): **ichtioza lineară circumflexă.**

Este o dermatoză ce apare mai frecvent la copiii mici, manifestîndu-se clinic prin focare lineare sau rotunjite de hiperkeratoză, înconjurate de un chenar roșu. Focarele au tendință la creștere periferică. În centrul focarului, după o perioadă de timp, modificările dispar, pentru ca ulterior, ele să reapară. Nici etiologia și nici patogenia acestei afecțiuni nu sînt cunoscute. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Comél M.: *Dermatologica*, 1949, 98, 133.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, 1956.
3. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.

CONCATO (boala lui): **poliserozita.**

Este o boală caracterizată prin existența concomitentă la un bolnav a unei pericardite, pleurezii și a unei ascite. Boala apare insidios în toate afecțiunile cauzate de infecția tuberculoasă. Din punct de vedere clinic, boala totalizează majoritatea simptomelor caracteristice pericarditei, pleureziei exsudative și prezenței de lichid în cavitatea peritoneală. Evoluția foarte severă. Tratamentul constă din administrare de medicație antibacilară.

1. Baufle P.: *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Beretta A.: *Malattie del core, in malattie dell'apparate circulatorio.* Minerva Medica, Torino, 1958.
3. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Ed. Med. Buc., 1969.

CONN (sindromul lui) (1954—1955) : **aldosteronismul primar ; sindromul Conn-Louis ; nefrita cu pierdere de kaliu.**

Tabloul clinic, care se datorește unei hipersecreții de aldosteron, se caracterizează printr-o alcaloză hipokaliemică, simptome hipokaliemice, hipertensiune arterială, hipernatremie, micșorarea fracției ionizate de Ca, poliurie cu izostenurie și polidipsie, urina alcalină sau neutră, scăderea cu 50% a toleranței la glucoză la încărcare cu insulină. Boală mai frecventă la femei, ea este cel mai adesea provocată de adenoame corticosuprarenale mici sau de o hiperplazie corticosuprarenală, mai rar de neoplasmul corticosuprarenal. Hiperaldosteronismul primar determină complicații hipertensive și renale (nefrocalcinoză, pielonefrite). Atît hipertensiunea arterială cît și complicațiile renale se pot ameliora după ablația suprarenalei, însă ele pot uneori reveni.

1. Brühl W. : *Pol. Tyg. Lek.*, 1958, 13, 861.
2. Conn J. W. : *J.A.M.A.*, 1960, 172, 1650.
3. Koczorek R. : *Primärer Aldosteronismus (Conn Syndrom).* Internist 1964, 5, 32.
4. Luetscher J. A. : *Medicine*, 1964, 43, 437.
5. Meyer Ph., Menard I., Alexandre J. M., Devaux G., Druet Ph., Milliez P. : *Presse Méd.* 1966, 74, 1 585.
6. Wolff H. P. : *Klin. Wschr.*, 1964, 42, 711.

CONNOR-BRUCH (boala lui) (1910) : **ixodorickettsioza marsiliană sau papuloasă ; febra butonoasă ; febra eruptivă specială Carducci (vezi).**

CONRADI (boala lui) : **boala epifizelor punctate ; condrodistrofia congenitală calcifiantă ; boala lui Conradi-Hünermann (vezi).**

CONRADI-HÜNERMANN (boală) (1914—1927) : **maladia epifizelor punctate ; condrodistrofia congenitală calcifiantă ; boala lui Conradi.**

Este o boală ce face parte din grupul condrodistrofiilor compatibile cu viața. Se transmite recesiv autosomic, atingînd deopotrivă ambele sexe. Boala se caracterizează printr-o micromelie, de obicei cu predominență rhizomelică și adesea asimetrică, cu modificări ale extremităților (anomalii ale degetelor, picior bot), limita-

Scanned with OKEN Scanner

rea mișcărilor de extenzie, anomalii cutanate (ichtioză, keratoză), rar, cardiopatie. Semnul radiologic caracteristic este prezența calcificărilor în cap de bold sau grăunte de plumb, repartizate neregulat mai ales la nivelul epifizelor oaselor lungi, la carp, tars etc. Prognosticul este sever ; dacă copilul supraviețuiește, cu timpul, insulele condensante dispar.

1. Conradi E. : *Jb. Kinderheilk*, 1914, 80, 86.
2. Christiaens L., Dubois O., Nuyts J. P. : *Lille Méd.*, 1965, 10, 591.
3. Emerit J. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
4. Hubault A. : *Rev. Prat.* 1971, 21, 23.
5. Ledoux-Lebard G., Roussy J. : *Presse Méd.*, 1961, 69, 235.
6. Maroteaux P. : *Méd. Inf.*, 1962, 69, 365.

CONRADI-RAAP (boala lui) (1914—1943) : **sindromul sau boala brutarilor.**

Este o afecțiune osoasă care se caracterizează prin ștergerea progresivă a structurii oaselor carpului și a tarsului. Se pare că patogenia acestei afecțiuni este determinată de traumatismele pe care le suferă aceste oase în timpul activității unor profesiuni, cum ar fi aceea a brutarilor.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.

COOK-APERT-GALLAISE (sindromul lui) : **sindromul adrenogenital ; interrenalismul Mathias.**

Este o endocrinopatie ce se observă predominant la sexul feminin. Ea se datorește unei hipertrofii congenitale sau dobîndite a corticosuprarenalei, cu producerea excesivă de hormoni genitali androgeni. Hipertrofia suprarenalei poate să apară ca rezultat al unei secreții excesive de ACTH, în hipertrofia secundară a corticosuprarenalei sau în cursul unei tumori a suprarenalelor. Tabloul clinic depinde atît de sexul bolnavului cît și de vîrsta cînd apar modificările suprarenalelor. Dacă acest fapt se petrece în perioada prenatală, atunci apar semne de pseudohermafroditism ; în copilărie, de prematurare sexuală ; la adult sau în perioada climacteriului, de virilism sau, din contra, de feminism.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Flammarion, Paris, 1949.

Scanned with OKEN Scanner

2. Klotz H. P.: *Les déséquilibres endocriniens.* Expans. Scient. Franc. Paris, 1966.
3. Soffer L.: *Diseases of the endocrine glands.* Lea and Febiger, 1951.

COOLEY (boala lui): **anemia eritroblastică sau thalassemia majoră.**

Este o hemo-osteopatie familială care se transmite cu caracter dominant și care atinge copiii tineri, mai frecvent băieții decît fetele, din regiunea Mării Mediterane orientale și centrale. Boala începe insidios prin modificări ale scheletului: masa voluminoasă a boselor frontale care deformează capul, facies mongoloid, mărirea maxilarelor etc. Bolnavii mai prezintă și următoarele simptome: paloare subicterică, întîrziere în creștere, apatie. Se remarcă hepatomegalie și splenomegalie. Examenul sanguin arată o eritroblastoză cu mielemie și mielocite. Evoluția este foarte gravă și duce la moarte. Bolnavii mor cu marasm anemic și aplazie, în epoca pubertății. Unele forme incomplete pot fi curabile. Din punct de vedere histopatologic, se observă alterații osoase în care coexistă un proces destructiv dominant și unul reparator și alterații citologice ale măduvei osoase (hiperplazie eritroblastică importantă). Mecanismul patogenic rămîne încă obscur. Studiul hemoglobinelor anormale a arătat că thalassemia corespunde în realitate la diferite combinații genetice (tipi heterozigoți formați de către hemoglobinele A, C, E, H, etc.). Anemia nu reacționează nici la tratamentul cu fier și nici la splenectomie.

1. Betke K.: *Internist* (Berlin), 1960, 1, 235.
2. Dameshek W.: *Amer. J. Med.* 1955, 18, 315.
3. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
4. Schoen R., Tischendorf W.: *Klinische Pathologie der Blutkrankheiten.* G. Thieme, Stuttgart, 1950.
5. Weatheral D. J.: *The Thalassemia Syndromes.* Blackwell, 1965.

COOPER (boala lui): **boala fibrochistică.**

A fost descrisă încă din anul 1845 de către Astley Cooper. Este cea mai frecventă mastopatie benignă, fiind întîlnită la peste 50% din femei. Histopatologic, leziunile constau dintr-o dilatare a canalelor terminale și a acinilor, care

Scanned with OKEN Scanner

formează niște chisturi microscopice sau chiar și mai mari. Aceste chisturi conțin un lichid clar, tulbure sau cenușiu-verzui. Se poate observa de asemenea și o hiperplazie prepapilară, care poate sugera o transformare malignă. Cauza acestei mastopatii fibrochistice este obscură și nicidecum infecțioasă. Se pare că se produce în urma unei stimulări oestrogenice. Boala este bilaterală și la palpare se pot remarca nodozități (noduli) difuz răspîndite și cu un caracter dur palpatoriu. Nu există modificări ale tegumentelor, ca cele din carcinom. Pentru precizarea diagnosticului este necesară mamografia, transiluminarea sau aspirația. Tratamentul este endocrinologic și uneori, chirurgical.

1. Bernard J. : *Rev. Prat.*, 1968, 27, 3917.
2. Caplan R. M. : *J. Clin. Endocr.*, 1967, 27, 1348.
3. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Ed. W. B. Saunders, 1969.
4. Cupceanu R., Newmann J., Hoa R. : *J. Endocrinol.*, 1969, 44, 475.
5. Geshikter C. F. : *Diseases of the breast,* 2nd ed. Lippincott, 1945.

COOPER (sindromul lui) (1829) : **mastodinia ; nevralgia mamară.**

De etiologie necunoscută, probabil asemănătoare cu nevralgia intercostală, mastodinia sau nevralgia mamară reprezintă o formă nevralgică de dureri ce apar la nivelul glandelor mamare, care, din punct de vedere anatomic, sînt indemne. Este o durere intensă, vie, uni sau bilaterală, neînsoțită de modificări inflamatorii. Se observă mai frecvent la fetițe înainte de perioada maturării sexuale, la femeile tinere nevrotice și uneori, chiar și la bărbați. Prognosticul este bun. Tratamentul este numai simptomatic (antialgice, tranchilizante etc.).

1. Cooper A. : *Illustrations of the diseases of the breast.* London, 1829.
2. Benson R. C. : *Handbook of obstetrics and Gynecology* 2nd ed. Lange, 1966.
3. Parsons L., Sommers S. C. : *Ginecology,* Saunders, 1962.

COOPER-ASTLEY (boala lui) : **hernia în bisac ; hernia crurală cu sac herniar bilocular.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o formă foarte rară de hernie crurală, ce se caracterizează prin faptul că sacul herniar este împărțit în două părți : una care trece posterior prin fascia cribriformă și alta subcutanată, ce se găsește la nivelul fasciei subcutanate. Tratament chirurgical.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic,* Berlin, 1931.

COPE (sindromul lui) : **sindromul lapte-alcaline.**

După observațiile lui Hardt și Rivers din anul 1923 privitoare la toxicitatea tratamentului anti-ulceros, care asociază laptelui alcaline (Sipy), Cope descrie în 1936 primul, hipercalcemia după acest tratament anti-ulceros, insistînd asupra reversibilității sindromului, după încetarea lui. În cadrul sindromului lapte-alcaline, Punsar și Somer descriu 3 forme : o formă acută care survine cîteva săptămîni după aportul alcalino-calcic ; o formă subacută care este secundară unui aport alcalino-calcic mai prelungit, al cărei tablou clinic și biologic regresează după suprimarea tratamentului și care constituie sindromul Cope, și o formă cronică, căreia Burnett îi adaugă pe lîngă celelalte simptome și o nefrocalcinoză și calcificări metastatice. Insuficiența renală, în acest sindrom, nu regresează nici după oprirea tratamentului cu alcaline și lapte. Tabloul clinic se caracterizează prin grețuri, vărsături, anorexie, tulburări psihice, sindrom poliuro-polidipsic și conjunctivită. Deseori se observă keratită sau cataractă. Nu se observă calcificări metastatice și nici nefrocalcinoză. Biologic, sindromul se caracterizează prin hipercalcemie, insuficiență renală și alcaloză. După suprimarea tratamentului cu alcaline și lapte, dispar semnele clinice și se ameliorează rapid hipercalcemia și insuficiența renală.

1. Cope C. L. : *Clin. Sci.,* 1936, 2, 287.
2. Cappoen P., Bellenoit C., Filoche B., Linquette M.: *Lille Méd.* 1971, 16, 9, 1289–1294.
3. Hardt L. L., Rivers A. B. : *Arch. Intern. Med.,* 1923, 31, 171.
4. Punsar S., Somer T. : *Acta Med. Scand.,* 1963, 173, 435.

Scanned with OKEN Scanner

5. Van Ypersele, de Strihon Ch. : *Vie méd.*, 1966, 47, 93.

COPPOCK (boala lui) (1774) : **cataracta Coppock ; cataracta discoidă Smith ; cataracta zonulară pulverulentă (Poos) ; cataracta centrală pulverulentă Vogt.**

Descrisă în anul 1774, în familia lui John Coppock, această afecțiune oftalmologică se caracterizează printr-o opacifiere centrală neprogresivă a cristalinului (diametrul 1—3 mm), formată din puncte albe mici, ce sînt înconjurate de un halo strălucitor. În unele cazuri, aceste opacifieri se pot întîlni și la periferie. Ele sînt întotdeauna însă în cristalin. De obicei, afecțiunea este bilaterală. Este o boală congenitală, ce apare în primele 3 luni de viață intrauterină. Etiologia este necunoscută. În cazurile ușoare, acuitatea vizuală este normal păstrată ; în cele mijlocii și grave, ea poate fi diminuată pînă la valorile de 0,4—0,5. Vederea este mai bună la lumina întunecată.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of ophtalmology*, ed. 7. Saunders, 1962.
2. Berens C. : *The eye and its diseases.* Saunders, 1950.
3. Mann J. : *Developmental abnormalities of the eye.* London, 1957.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

CORI (boala lui) : **tipul III de sindrom cu cantități excesive de glicogen în țesuturi ; boala Forbes (vezi).**

Afecțiune cunoscută sub denumirea de boala lui Forbes și Cori în 1953, constă într-o deficiență a enzimei de ramificare (dextrinoză cu dextrină limită) (vezi boala Forbes).

1. Duncan G. G. : *Diseases of metabolism.* W. B. Saunders, 1964.
2. Leading article : *Diseases of glycogen storage.* Lancet, 1961, 1, 206–207.
3. Rowland L. P., Fahn S., Schotland D. L. : *Arch. Neurol.*, 1963, 9, 325.

CORRIGAN (boala lui) (1832) : **insuficiența aortică endocardică ; sindromul Hodgkin-Corrigan.**

Este o insuficiență aortică de origine endocardică, determinată de atingerea endocardului

Scanned with OKEN Scanner

în cursul reumatismului poliarticular acut. Este insuficiența aortică cea mai frecventă. Se întîlnește îndeosebi la tineri, spre deosebire de insuficiența aortică Hodgson, de natură arterială, care se întîlnește la persoanele în vîrstă sau la cei cu leziuni luetice. Insuficiența aortică Corrigan este bine tolerată și spre deosebire de stenoza mitrală se decompensează mult mai tîrziu. În afară de suflul diastolic din focarul aortic cu propagare spre vîrf, șocul „en dome" și diferite semne vasculare periferice, se întîlnește și o formulă sfigmomanometrică divergentă caracteristică. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul este antireumatismal.

1. Aker U. T. și colab. : *Circulation*, 1964, 29, 34.
2. Gorlin R. și colab. : *Amer. J. Med.*, 1955, 18, 855.
3. Segal J., Harvey P., Hufnagel C. : *Amer. J. Med.*, 1956, 21, 200.

CORVISART (boala lui) : **tetralogia lui Fallot cu arc aortic drept.**

Este o cardiopatie congenitală caracterizată printr-o stenoză pulmonară (de obicei infundibuliformă), o comunicare interventriculară, o aortă în dextropoziție, o hipertrofie ventriculară dreaptă și prezența unui arc aortic drept. Se caracterizează clinic prin cianoză, sincope, dispnee de efort, suflu sistolic și al doilea zgomot unic, cîmpuri pulmonare anormal de clare, iar electrocardiografic, hipertrofie ventriculară dreaptă. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Allison P. R. și col. : *Circulation*, 1963, 28, 525.
2. Hallman G. W., Cooley D. A. : *J. Thoracic and Cardiovasc.* Surg., 1963, 46, 419.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande—Courbevoie, 1963.
4. McCord M. C., Van Elk J., Blount S. G. : *Circulation*, 1957, 16, 736.

CORVISART (boala lui) : **hipertrofia cardiacă congenitală idiopatică.**

Este o afecțiune cu etiologie necunoscută care se manifestă printr-o mărire a siluetei cardiace și o insuficiență cardiacă progresivă. Din punct de vedere histopatologic este vorba de o fibroză interstițială a miocardului fără atingerea endocardului. Electrocardiograma prezintă adesea un

Scanned with OKEN Scanner

voltaj scăzut și o alungire a intervalului P-R. Prognosticul este fatal, iar tratamentul este pur simptomatic.

1. Fowler N. O. : *Physical Diagnosis of Heart Disease.* Ed. Macmillan, 1962.
2. Friedberg C. : *Diseases of the heart.* 3rd ed. Saunders, 1966.
3. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology,* 2nd ed. Saunders, 1963.

CORVISART (boala lui) (1852) : **tetania ; boala lui Lucien.**

Este o hiperexcitabilitate neuro-musculară secundară unei tulburări a metabolismului calciului. Este mai frecventă la copil decît la adult și la sexul feminin. Cauzele tetaniei sînt următoarele : hipocalcemia din cursul hipoparatiroidiei, steatoreei, a hipovitaminozei D., insuficiența renală cronică și regim sărac în calciu, în alcaloză (hiperventilație, ingestie exagerată de bicarbonați, vărsături) ; în graviditate, în diferite intoxicații. Clinic, boala se manifestă prin contracturi ale extremităților, spasme viscerale, convulsii. Sînt pozitive semnul lui Chwostek, semnul lui Trousseau, proba hipercapneei voluntare. În sînge, se găsește hipocalcemie. Electrocardiograma arată alungirea intervalului Q-T. Prognosticul este în general bun. Tratamentul constă din calciterapie, vitamina D și hormon paratiroidian.

1. Darby W. J. : *M. Clin. North America,* 1964, 48, 1203.
2. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of metabolism,* ed. V-a, Saunders, 1964.
3. Jolliffe N. : *Clinical Nutrition,* 2nd ed. Hoeber, 1962.
4. Milcu Șt. : *Endocrinologie clinică.* Edit. Med. Buc., 1967.

COSSIO (sindromul lui) : **malformație congenitală complexă în care în afară de o comunicare interauriculară mai există și o dilatare a arterei pulmonare.**

Este o malformație cardiacă congenitală complexă în care există, în afară de o comunicare interauriculară și o dilatare a arterei pulmonare. Suflul sistolic care însoțește această malformație este determinat de artera pulmonară și existența unui anevrism pulmonar. Boala se înso-

Scanned with OKEN Scanner

țește de cianoză. Examenul radiologic singur permite a se aprecia corect gradul de dilatație a arterei pulmonare.

1. Bargeron L. M., Clark L. C., Lyons C. : *M. Clin. North America*, 1962, 46, 1555.
2. Keith J. D., Rowe R. D., Vlad P. : *Heart disease in infancy and Childhood*. McMillan, 1958.
3. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology*, W. B. Saunders, 1963.

COSSIO (sindromul lui) : **sindromul post-tahicardic ; sindromul electrocardiografic post-tahicardic ; sindromul Cossio-Gonzales-Sabathie-Berconsky-Vedoya.**

Este un sindrom electrocardiografic ce apare după crizele acute de tahicardie, mai frecvent după cele ventriculare și mai rar, după cele supraventriculare. Semnul caracteristic al modificărilor electrocardiografice constă din ștergerea rapidă a anomaliilor undei T (aplatizare, lărgire, T negativ) cu configurația normală a complexului QRS.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală București, 1967.
2. Holzmann M. : *Klinische Elektrokardiographie*. G. Thieme, Stuttgart.
3. Katz L. W. : *Electrocardiography*. Philadelphia, 1947.
4. Lepeschkin E. : *Das Elektrokardiogramm*. Dresden 1947.

COSSIO-GONZALES-SABATHIE-BERCONSKY-VEDOYA (sindromul lui) : **sindromul posttahicardic ; sindromul electrografic posttahicardic ; sindromul lui Cossio (vezi).**

COSTA-TROISIER (sindromul lui) (1916) : **spirochetoza meningeală.**

Este forma meningeală pură și anicterică a leptospirozei icterohemoragice (boala lui Weil). Se prezintă din punct de vedere clinic ca o meningită limfocitară benignă, cu sindrom meningeal grav și febril. Lichidul cefalo-rahidian este foarte bogat în celule (polinucleare și apoi limfocite), fără creșterea marcată a albuminelor. Herpesul și congestia conjunctivală permit a se presupune în fața unei asemenea simptomatologii, că ar putea fi vorba de o spirochetoză meningeală. Diagnosticul precis îl pune însă pre-

Scanned with OKEN Scanner

zența spirochetelor în sînge în primele 5 zile de boală. Tratamentul constă din penicilino-terapie și medicație simptomatică.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.
2. Stimson P. M., Hodges H. L.: *A manual of common contagious diseases.* ed. 5-a. Lea and Febiger, 1956.
3. Top F. H.: *Communicable and infectious diseases.* ed. 5-a Mosby, 1964.

COSTELLO (boala lui): **eritemul polimorf pemfigoid.**

Este o afecțiune acută inflamatorie a pielii, cu cauze multiple sau nedeterminate. Boala debutează brusc, manifestîndu-se prin leziuni cutanate eritematoase, simetrice și cu caracter recidivant. Leziunile pot avea caracter de macule, papule, papule urticariene, bule sau pete purpurice. În unele cazuri pot apărea leziuni în cocardă, cu centrul clar și cu inele eritematoase concentrice. În această formă clinică, predomină bulele și petele purpurice. Erupția este localizată mai ales pe fețele de extensie și uneori, chiar pe palme, plante și mucoase. Se mai pot observa ulcerațiile mucoaselor. Boala poate evolua timp îndelungat, complicîndu-se cu diferite leziuni viscerale. Din această cauză, prognosticul este sever. Nu are tratament specific.

1. Bloom A., Lovel T. W. J.: *Proc Roy. Soc. Med.*, 1964, 57, 175.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine edit. 1956.
3. Saunders S. L., Nelson C. T.: *M. Clin. North America*, 1965, 49, 681.
4. Shelley W. B.: *Arch. Dermat.* 1964, 90, 54.

COSTENS-HENNEBERT-DECHAUME (sindromul lui) (1933): **artralgia articulației temporo-mandibulare.**

Este o artrită temporo-mandibulară prin articulație dentară defectuoasă, care se observă de obicei la bolnavii edentați sau la cei care aduc în timpul masticației, maxilarul înainte. Se caracterizează clinic prin tulburări articulare (durere, trismus, edematiere, cracmente, crepitații, laxitate articulară și mișcări anormale), algii fa-

Scanned with OKEN Scanner

ciale și auriculare cu orar foarte neregulat, simptome auriculare (ureche înfundată sau voalată în timpul prînzului), vertije și semne salivare (tumefierea glandei submaxilare și uscăciunea gurii). Tratamentul este profilactic (ortodontic) și curativ (restaurarea articulației dentare); tulburările simpatice trebuie tratate simptomatic.

1. Beyers M., Teich S.: *Arch. Intern. Med.*, 1952, 90, 389.
2. Crosby R., Wadsworth R.: *Arch. Intern. Med.*, 1948, 81, 431.
3. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, 1962.
4. Goodfriend S.: *Dent. Cosmos*, 1936, 78, 1292.
5. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande–Courbevoie, 1963.

COSYNS-DURET (sindromul lui) (1955): **patomimia mutilantă.**

Este o formă clinică de mitomanie, un sindrom psihopatologic, în care bolnavii se automutilează pentru a fi obiectul de atenție a persoanelor din jur sau a rudelor lor, fără a cere, în același timp, vreo favoare sau a avea un interes personal.

1. Arieti S. (editor): *American Handbook of Psychiatry.* Vol. I–II. Basic Books, 1959.
2. Cosyns R., Duret A.: *Acta Neur. Psych. Belgica*, 1955, 55, 5.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
4. Pelicier Y.: *Guide psychiatrique pour le praticien.* Masson C-ie, 1970.

COTARD (sindromul lui) (1880): **delirul de negație; sindromul lui Cotard-Séglas.**

Este o afecțiune care este legată funcțional de psihoza depresivă. Bolnavii atinși de această psihoză manifestă un negativism evident. Ei au ideea eronată asupra funcționalității organelor proprii. Deseori, acest sindrom care de fapt este un complex de idei delirante și de negație, se poate observa și în melancolia de involuție.

1. Blinder M. G.: *J.A.M.A.*, 1966, 195, 8–12.
2. Fellner C. F. H.: *Geriatrics*, 1964, 19, 920–926.
3. Siegler P. E.: *M. Clin. North America*, 1964, 48, 483.
4. Pelicier Y.: *Guide psychiatrique pour le praticien*, Masson C-ie, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

COTUGNO (sindromul lui) (1764) : **sciatica ; ischias postica.**

Este o boală descrisă în 1764 de Domenico Cotunnius din Neapole. Este denumirea veche a sciaticii. Este un sindrom clinic caracterizat prin dureri iradiate de-a lungul traiectului nervului sciatic. Boala este mai frecventă la bărbat decît la femeie, mai ales între 40—50 ani. Etiologia sciaticii poate fi o hernie discală (60—80%), o spondilartrită anchilozantă, o spondilolistezis, fractură vertebrală, tumori osoase vertebrale, osteoporoză, tumori ale cozii de cal etc. Simptomele clinice cele mai importante sînt : dureri spontane şi provocate de-a lungul nervului sciatic, modificări ale lordozei lombare, tulburări ale reflexelor achiliene, tulburări de sensibilitate etc. Tratamentul constă din imobilizare, analgezice, tracţiuni vertebrale, fizioterapie şi intervenţie chirurgicală (hernia discală).

1. Davis R. A. : *Postgrad. Med.*, 1965, 38, 509.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Delalande—Courbevoie, 1963.
4. Nestor R. : *Diagnosticul bolilor reumatismale.* Edit. Med. Buc., 1972.

COUVELAIRE (sindromul lui) : **apoplexia utero-placentară.**

Apoplexia utero-placentară reprezintă forma gravă a detaşării premature a placentei normal situate. Pe lîngă leziunile locale de la nivelul uterului, se mai produc de asemenea leziuni grave la nivelul sistemului vascular, care determină apariţia unor hemoragii nu numai în sfera genitală a bolnavei, ci şi în alte părţi ale organismului. Aceste lezionări par a se datori unor efecte toxice.

1. Benson R. C. : *Handbook of Obstetrics and Gynecology*, 2nd ed. Lange, 1966.
2. Greenhill J. P. : *Obstetrics*, ed. 13-a Saunders, 1965.
3. Seitz L., Amreich A. : *Biologie und Pathologie des Weibes.* T—III, Berlin, 1951.

COXSACKIE (grup de boli) (1920—1948) : **grup de boli umane, în general benigne provocate de virusurile Coxsackie (Dalldorf-Sikles).**

Scanned with OKEN Scanner

Sînt boli infecțioase foarte mult răspîndite în lume. Ele se manifestă, pe lîngă un procent mare de îmbolnăviri inaparente, sub diferite aspecte clinice în raport cu diversele tipuri serologice: pleurodinia epidemică (mialgia epidemică, febra de Bornholm), herpangina (faringita veziculară sau aftoasă), meningita seroasă, pericardita și miocardita acută, orhiepididimita, etc. Rezervorul de virus pare a fi calea digestivă a omului. Două afecțiuni datorate virusului Coxsackie sînt mai răspîndite în lume și prezintă un interes clinic mai mare: pleurodinia epidemică sau boala din Bornholm și herpangina lui Zaharosky. Diagnosticul se pune pe baza aspectului clinic și pe deviația complémentului. Tratamentul este simptomatic.

1. Kibrick S.: *M. Clin. North America*, 1959, 43, 1291.
2. Lerner A. M., Finland M.: *Arch. Int. Med.*, 1961, 108, 329.
3. Rivers T. M., Horsfall F. L.: *Viral and Rickettsial Infections of Man.* Lippincott, 1959.
4. Hegglin R.: *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.

CREUTZFELD-JAKOB (sindromul lui) (1921): **complex simptomatic ce asociază demența, simptome piramidale, mioclonii și tulburări vizuale.**

Este un sindrom neurologic cu etiologie nesigură, probabil infecții cu myxovirusuri sau papovirusuri, care asociază o demență precoce cu semne clinice de tulburări piramidale, mioclonii și în formele cu predominență occipitală și o serie de manifestări vizuale. Din punct de vedere histopatologic se remarcă, la nivelul sistemului nervos central o serie de cavități mari sau mici, diseminate și separate între ele de o membrană.

1. Bouduelle M. și colab.: *Rev. Neurol.*, 1971, 125, 3, 197.
2. Ribadeaun-Dumas, Jean-Louis: *Contribution à l'étude ultrastructurale du syndrome de Creutzfeld-Jacob.* Thèse de médecine, Paris, 1968.
3. Vernon M. L. și colab.: *The Lancet*, 1970, 1, 7654, 964.

CRITCHLEY (sindromul lui): **muzicolepsia.**

Este o formă clinică de epilepsie reflexă în care agentul determinant al apariției crizei comițiale este un excitant auditiv. Acest excitant

Scanned with OKEN Scanner

acustic, care poate fi o melodie sau chiar un zgomot, produce o stare psiho-emoțională atît de profundă încît, împreună cu alte tulburări neurologice preexistente, determină apariția aurei epileptice, a crizei de petit mal sau chiar a unei crize epileptice generalizate. Tratament specific.

1. Baird H. W.: *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705.
2. Costeff H.: *New England J. Med.*, 1965, 273, 1 410.
3. Keith H. M.: *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 895.

CRIGLER-NAJJAR (sindromul lui): **icterul congenital nehemolitic.**

Sindromul descris în anul 1952, se caracterizează prin creșterea bilirubinei indirecte și modificări în sistemul nervos central. Boala este determinată de o deficiență a glicuroniltransferazei determinate genetic, care împiedică bilirubina indirectă să fie glicuronoconjugată și apoi excretată prin bilă în tractusul gastro-intestinal. Se pare că boala este transmisă de o genă autosomală recesivă. Bila conține numai urme de bilirubinglicuronid și bilirubină liberă. Ultima crește în sînge pînă la 30 mg% și chiar mai mult și poate să determine simptomele icterului nuclear. Evoluție lentă și relativ bună. Nu are tratament.

1. Crigler J. F. jr., Najjar V. A.: *Pediatrics*, 1952, 10, 169.
2. Duncan G. G.: *Bolile metabolismului*. Edit. Medicală, București, 1966.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Ed. Med., Buc., 1965.
4. Schmid R., in Stanbury J. B. și colab.: *The metabolic basis of inherited disease*. New York. McGraw-Hill Book Co. Inc. 1960, p. 226.

CRIST-SIEMENS (sindromul lui): **polidisplazia ectodermică ereditară.**

Este o boală ce face parte din grupul anomaliilor dentare congenitale. Se caracterizează prin absența glandelor sudoripare și sebacee, hipotrihoză generalizată, supresiunea totală sau aproape totală a dinților. Tabloul clinic se mai poate completa cu rinită atrofică, cu deformații sau nas în șa, proeminența arcadelor sprînce-

Scanned with OKEN Scanner

noase, a bărbiei, îngroşarea buzelor, malformaţii ale unghiilor şi tulburări intelectuale (oligofrenie, puerilism sau infantilism, imbecilitate şi idioţie). Boala se încadrează în grupul bolilor familiale şi este supusă la legile eredităţii mendeliene : ereditate cu dominantă neregulată cu predominenţă sexuală. Transmisia are caracter recesiv, transmisă de către mama indemnă copiilor de sex masculin.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
3. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Sci. Franc., 1966. Paris.
4. Gorlin R. J. şi colab. : *Syndromes of the head and neck.* Mc. Graw-Hill, 1967.

CROCKER (boala lui) : **cheilita exfoliatrice a lui Crocker ; descuamaţia persistentă a buzelor a lui Brocq ; sindromul Crocker-Mikulicz-Kuemmel.**

Este o boală ce se observă la adolescenţi sau tinerii proveniţi din părinţi intoxicaţi, gutoşi, dispeptici, nervoşi sau enteritici. De obicei, boala coexistă cu seboreea feţei. Leziunile care sînt mai evidente la buza inferioară sînt constituite de producerea de scuame crustoase, mai mult sau mai puţin grave, care se detaşează progresiv de la marginile lor, lăsînd o zonă roşie, sensibilă, deseori brăzdată de fisuri iradiate mai mult sau mai puţin profunde, adesea sanguinolente şi perpendiculare la marginea liberă. Aceste scuame se reproduc şi se detaşează ani de zile neîntovărăşindu-se de nici un simptom funcţional. Patogenia bolii este obscură : seboree, autointoxicaţie, contaminare prin leziuni locale cronice bucale sau nazale, prin acţiunea diferitelor paste dentare, etc. Boala dispare puţin cîte puţin cu vîrsta, însă evoluţia ei este întreţăiată de pusee fluxionare dureroase.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin,* Ed. V-a Saunders.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Ed. Maloine, 1956.
3. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Ed. Masson C-ie, 1962.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* Ed. XI, Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

CROCKER-MIKULICZ-KUEMMEL (sindromul lui) : **cheilita exfoliativă ; descuamația persistentă a buzelor a lui Brocq ; sindromul lui Crocker (vezi).**

CROCQ-CASSIRER (sindromul lui) (1896—1912) : **acrocianoza.**

Este o boală a vaselor periferice care se caracterizează printr-o cianoză permanentă și simetrică a mîinilor și adesea, a gambelor. Boala este mai frecvent întîlnită la tinerele fete. Ea se datorește unor spasme arteriolare care se întovărășesc de o dilatare a venulelor, cu hipertensiune venoasă locală. Această afecțiune atinge mai ales persoanele cu tulburări neurovegetative și endocriniene. Tabloul clinic se manifestă printr-o cianoză a extremităților, care se oprește la nivelul articulației pumnului și a moletului. Mîinile sînt reci și umede. Frigul accentuează cianoza, iar căldura o diminuează. Boala are evoluție benignă ; nu are tratament eficace.

1. Estes J. E. : *Mod. Concepts Cardiovasc. Dis.*, 1956, 25, 355.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Gifford R. W. jr. : *Circulation*, 1963, 27, 970.
4. Wright I. S. : *Vascular diseases in clinical practice.* Year-Book, 1952.

CROHN (boala lui) (1932) : **colita granulomatoasă ; ileita terminală sclerozantă ; ileita terminală.**

Boală cu etiologie neclară, rar întîlnită la copii, mai frecventă între vîrsta de 20—40 ani, la ambele sexe, se caracterizează printr-o inflamație ulceroasă și stenozantă a ultimei porțiuni a intestinului subțire, mai rar în alte porțiuni. Evoluția este cronică, iar tabloul clinic se caracterizează prin : dureri abdominale însoțite de diaree intermitentă și continuă, astenie, slăbire în greutate, anemie și stare subfebrilă. În fosa iliacă dreaptă se palpează de obicei o tumoare dureroasă de mărimea unui pumn. Radiologic, boala se caracterizează printr-o strîmtorare neregulată a lumenului intestinal, cu distrucția mucoasei și dilatarea segmentului subjacent. Prognosticul este rezervat din cauza complicațiilor : ocluzii intestinale, fistule, hemoragii. Date recente permit încadrarea acestei afecțiuni în grupul bolilor genetice. Transmisia ar fi determinată de o genă dominantă cu penetrație redusă

Scanned with OKEN Scanner

sau de un factor exogen din mediul înconjurător care este necesar pentru expresia clinică a unui proces multigen sau a unei predispoziții genetice. Tratamentul este puțin eficace ; se întrebuințează corticosteroizii, ACTH-ul, antibioticele și în unele cazuri, intervenția chirurgicală.

1. Andersson A. and all. : *Acta Med. Scand.*, 1971, 190, 5, 407.
2. Crohn B. B., Ginzburg L., Oppenheimer G. D. : *J.A.M.A.*, 1932, 99, 1 323.
3. Glotzer D., Gardner R., Goldman H. : *New Engl. J. Med.*, 1970, 282, 11, 582.
4. Goligher J. C. : *Brit. J. of. Surg.* (London), 1972, 59, 4, 253.
5. Kasper H. : *Deutsch. Med. Wschr.*, 1972, 97, 21, 844.
6. Simpkins K. C. : *Brit. J. Surg.*, 1972, 59, 10, 810.

CRONKHITE (sindromul lui) (1955) : **asocierea unei polipoze digestive cu melanoză și tulburări ale fanerelor (alopecie și onychatrofie) ; sindromul Cronkhite-Canada.**

Este o boală congenitală care se caracterizează prin semne digestive și ectodermice. Manifestările digestive sînt reprezentate de o polipoză gastro-intestinală difuză, care se întinde pînă la rect, hemoragii oculte, enteropatie exsudativă cu hipoprotidemie, hipokaliemie și hipocalcemie. Acestea pot determina hipotonii musculare și tetanie. Manifestările ectodermice comportă o alopecie axilară și pubiană, atrofie ungheală, uneori totală, pigmentarea tegumentelor palmelor, plantelor și uneori, a mucoaselor. Prognosticul este sever. Bolnavul moare prin caşexie. Etiologia afecțiunii este obscură. Este o boală foarte rară ; pînă în anul 1970 au fost descrise în literatură doar 10 cazuri. (Orimo și Fujita).

1. Cronkhite L., Canada W. : *New England J. Med.*, 1955, 252, 1 011.
2. Hajime Orimo, Takua Fujita and cow. : *Amer. J. Med.*, 1969, 47, 3, 441, 445.
3. Krause H. : *Die Mediz. Welt.*, 1972, 23, 14, 508.

CRONKHITE-CANADA (sindromul lui) (1955) : **asocierea unei polipoze digestive cu melanoză și tulburări ale fanerelor ; sindromul lui Cronkhite** (vezi).

Scanned with OKEN Scanner

CROCKER (boala lui) (1888): **dermatita bruscă.**

Este o dermatoză asemănătoare cu dermatita pustuloasă de care se deosebeşte prin aceea că apare brusc, fără nici un simptom prodromal. După apariţia sa bruscă, evoluţia urmează un curs cronic, recidivant. Factorii etiologici incriminaţi în geneza acestei boli sînt: infecţia cu stafilococ alb sau auriu, precum şi alte diferite infecţii endogene.

1. Barker A., Eure P.: *Brit. J. Dermat. Syph.*, 1927, 39, 485.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology.* Oxford, Blackwell, 1968.

CROCKER (boală): **larva migratoare; hiponoderma Kaposi; dermamiaza migratoare de tăun; erupţia serpiginoasă Li.**

Este o boală parazitară datorită larvelor Gastrophilus sau Ancylostoma, care pătrund sub epiderm unde îşi sapă galerii sinuoase, care se exteriorizează pe tegumente ca nişte linii roşii, al căror capăt înaintează zilnic cu o viteză de 1—4 cm. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul extremităţilor inferioare. Mai rar, se pot întîlni şi în alte regiuni (mîini, antebraţe etc.). Tratamentul constă din aplicaţii locale de zăpadă carbonică sau clorură de etyl.

1. Mullins J. F., Stone O. J.: *South M. J.*, 1965, 58, 65.
2. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
3. Wasniewski N.: *Przegl. Dermat.*, 1938, 53, 406.

CROCKER-WILLIAMS (sindromul lui) (1894): **eritemul proeminent durabil.**

Este o dermatoză ce se caracterizează clinic prin plăci proeminente şi infiltrate la bază, de culoare roşie-albăstruie, care se extind periferic, localizate de obicei pe faţa dorsală a picioarelor, pe genunchi, coate şi fese. Etiologia este neprecizată: probabil alergică. Sever o consideră că aparţine grupului granulomului eozinofil. Se descriu două forme clinice, care de fapt nu sînt decît diferite stadii ale bolii: forma clinică tip Behr şi forma clinică tip Hutchinson.

Scanned with OKEN Scanner

1. Degos M., Perin L., Lortat-Jacob E., Hewitt J. : *Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph.*, 1952, 59, 226.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine ed., 1956.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.

CROOKE-APERT-GALLAISE (sindromul lui) : **hipercorticismul ; sindromul Iţenko-Cushing** (vezi).

CROOKSHANK (sindromul lui) : **malformaţiile congenitale caracterizate prin degetele în furcă.**

Este o malformaţie congenitală ce se caracterizează clinic prin aceea că degetele mîinii, cu excepţia policelui, sînt dispuse în formă de furcă. Faţa palmară a mîinii prezintă numai un pliu palmar. Sindromul este frecvent la indivizii cu diferite defecte psiho-somatice : idioţi, oligofreni etc. Nu are tratament.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die Klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Paris, 1955, Masson C-ie ed.

CROSBY (sindromul lui) : **hemopatie caracterizată prin tulburarea metabolismului porfirinelor şi anemie hemolitică nesferocitară.**

Este o hemopatie familială extrem de rară, caracterizată printr-o tulburare a metabolismului porfirinelor, o anemie hemolitică ereditară nesferocitară şi crize abdominale dureroase recidivante. De cele mai multe ori, la indivizii afectaţi de această boală se întîlneşte o brahifalangie şi anomalii dentare. Durata medie a vieţii eritrocitelor este diminuată, rezistenţa globulară normală, iar în urină se observă prezenţa coproporfirinelor şi a urobilinogenului.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Ed. Masson C-ie, 1963.
2. Stich W. : *Klin. Wschr.* 1969, 37, 681.
3. Waldenström J. : *Amer. J. Med.*, 1957, 22.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Philadelphia, 1947.

Scanned with OKEN Scanner

CROUZON (sindromul lui) : **acrocefalosindactilia ; boala lui Apert-Crouzon (vezi).**

CROUZON (boala lui) (1912) : **disostoza craniofacială.**

Este o afecțiune caracterizată clinic printr-o sinostoză prematură a suturilor craniene, mai ales a suturii sagitale, cu boltire proeminentă a regiunii frontale, strabism divergent, nas Adler sau de papagal, hipertelorism, exoftalmie, prognatismul mandibulei, nevrită optică cu evoluție spre atrofie. La examenul radiografic al oaselor craniului se evidențiază exagerarea impresiilor digitale.

1. Chwirot R. : *Klinika Oczna*, 1959, 29, 305.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
5. Gorlin R. J. : *Syndromes of the head and neck.* Mc Graw-Hill, 1967.

CRUCHET (boală) (1917) : **Encefalita letargică ; encefalita epidemică ; encefalomielita subacută ; encefalita letargică a lui Von Economo (vezi).**

CRUCHET-VON ECONOMO (boala lui) (1917) : **nevraxita epidemică ; poliomielita letargică sau epidemică ; encefalita tip A ; encefalita letargică ; boala lui Von Economo (vezi).**

CRUCHET-VERGER (sindromul lui) (1924) : **formele joase sau periferice ale nevraxitei epidemice ; sindromul lui Bériel-Devic.**

Este o afecțiune neurologică ce apare în timpul sau după o boală infecțioasă. Primele simptome ale bolii sînt : dureri dorsale și parestezii în regiunile distale ale membrelor. Ulterior, se instalează o mielită difuză precedată sau întovărășită de o nevrită retrobulbară. Bolnavii prezintă paraplegie, tetraplegie, tulburări disociate ale sensibilității. Evoluția este de obicei, fatală. Histopatologic, leziunile se aseamănă foarte mult cu cele din scleroza în plăci.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.

CRUVEILLER (boala lui) : **ascita esenţială a tinerelor fete ; forma ascitică a peritonitei bacilare.**

Este forma cea mai frecventă a peritonitei bacilare, care se întîlneşte mai ales la tinerele fete, în jurul pubertăţii sau adolescenţei. Boala debutează insidios prin astenie, stare subfebrilă, disconfort gastric, constipaţie, dureri abdominale, uşor peritonism şi dismenoree. Ulterior, abdomenul devine voluminos prezentînd toate semnele unei ascite. Lichidul ascitic prezintă aspect serocitrin şi reacţia Rivalta este pozitivă. În lichid există limfocitoză. Însămînţarea peritoneală la cobai determină tuberculizarea animalului. Prognosticul este favorabil dacă nu intervin complicaţii (granulie, simfize peritoneale fibro-adezive, pelviperitonită, peritiflită). Boala evoluează circa 2—3 luni. Infectarea peritoneului se face pe cale sanguină, limfatică sau prin contiguitate. Tratamentul constă din repaus, supraalimentaţie, antituberculostatice, etc.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Ed. Masson C-ie, 1963.
2. Ramon F. : *Conferences de clinique médicale.* Edit. Masson C-ie, 1936.

CRUVEILHIER-BAUMGARTEN (boala lui) (1852—1908) : **absenţa obliterării venei ombilicale şi incompleta dezvoltare a sistemului venei porte.**

Este o afecţiune congenitală ce se caracterizează prin absenţa obliterării venei ombilicale şi incompleta dezvoltare a sistemului venei porte. Se observă îndeosebi la adolescenţi. Din punct de vedere clinic, se manifestă printr-o dilatare importantă a venelor superficiale ale tegumentelor abdominale. La ascultaţie se percepe un suflu intens deasupra venelor ectaziate, mai ales la nivelul ombilicului. Boala se însoţeşte de anemie şi splenomegalie. Evoluţia ei este îndelungată. În multe cazuri, bolnavii mai pot prezenta hipersplenism şi ciroză hepatică. Nu are tratament eficient.

1. Barneschi G. : *Minerva Med.,* 1947, 4, 485.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.

Scanned with OKEN Scanner

3. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă.* Ed. Dacia, 1973.
4. Losowsky M. S., Davidson C. S. : *New England J. Med.*, 1962, 267, 87–91.
5. Sherlock S., Shaldon S. : *Gut.*, 1963, 4, 95–105.

CRUVEILHIER-PEAN (sindromul lui) (1848—1871) : **boala gelatinoasă a peritoneului (mucoperitoneul).**

Este o formă clinică deosebită de peritonită în care lichidul peritoneal are caracter gelatinos. Etiologie obscură. Evoluţie lentă şi progresivă. Prognosticul nefavorabil. Nu are tratament specific.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

CRUST-SIEMENS (sindromul lui) : **anhidroza hipotrihotică cu hipodentiţie.**

Este o displazie ectodermică ereditară ce se caracterizează clinic prin hipotrihoză, anhidroză, absenţa glandelor sebacee şi anodontie masivă.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die Klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

CSILLAG (boală) : **dermatita lichenoidă cronică şi atrofică ; lichenul plan scleros şi atrofic Gallopeau (vezi).**

CURTIUS (sindromul lui) (1952) : **disfuncţia pluriglandulară dureroasă ; acrocianoza juvenilă.**

Este un sindrom clinic destul de rar întîlnit, care apare îndeosebi la femei şi în care se asociază, în afară de o labilitate neurovasculară constituţională (acrocianoză, extremităţi reci şi umede, eritem fugace), o constipaţie cronică şi o insuficienţă ovariană (amenoree, dismenoree, leucoree, hipogenitalism, etc.). Etiologia bolii este necunoscută. Se crede că boala s-ar datori unui dezechilibru neuroendocrinovegetativ.

Scanned with OKEN Scanner

1. Curtius E., Kruger K. H. : *Das vegetativ-endokrine Syndrom der Frau.* München, 1952.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die Klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

CURLING (boală) : **ulcerul lui Curling.**

Este un ulcer ce apare la indivizii care au suferit arsuri întinse. Acest ulcer se manifestă chiar dacă în cursul tratamentului arsurilor se adaugă terapiei respective şi medicamente antiulceroase. Se caracterizează clinic prin apariţia de dureri cu caracter constant la nivelul epigastrului, disconfort pentru alimente şi foarte frecvent o hemoragie gastro-intestinală masivă. Se pot produce şi perforaţii ; acestea evoluează tăcut, însă din fericire, sînt mai puţin frecvente. Tratamentul este chirurgical şi este asemănător celui antiulceros.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. Ed. W. B. Saunders, 1969.
2. Cygan T. : *Pol. Przegl. Chir.*, 1953, 25, 563.
3. Mellinkoff S. M. (editor) : *Differential Diagnosis of Abdominal Pain.* Blakiston-McGraw, 1959.

CURSCHMANN-STEINERT (sindromul lui) : **distrofia miotonică ; distonia miotonică a lui Curschmann-Battem-Steinert.**

Afecţiune ce face parte din grupul miotoniilor. Este o boală ereditară şi familială caracterizată clinic printr-un complex simptomatic amiotrofic, miotonic şi endocrin. Tabloul clinic se manifestă printr-o atrofie musculară ce interesează în primul rînd muşchii feţei şi apoi muşchii sterno-cleido-mastoidieni, extensorii antebraţului, mîinii şi peronieri. Pe lîngă acestea se mai constată : hipotonie, dilatare cardiacă, dedublarea primului zgomot, suflu sistolic la vîrf, bradicardie. Există de asemenea o atrofie a glandelor genitale, calviţie, cataractă precoce, caşexie şi diminuarea metabolismului bazal. Se mai remarcă diverse tulburări psihice. Evoluţia este lent progresivă. Etiologia este nesigură : probabil o serie de tulburări ale factorilor miogeni, endocrini şi neurogeni.

1. Dowben R. M. : *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 430.
2. Struppler A. : *Myopathien.* G. Thieme, Stuttgart, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

3. Walton J. N., Nattrass F. J. : *Brain*, 1954, 77, 169.
4. Zundel W. S., Tylor F. H. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 537.

CUSHING (boala lui) (1932) : **bazofilia hipofizară ; adenomul bazofil al lui Cushing, hipercorticismul cronic global ; sindrom Apert-Cushing ; sindrom Crooke-Apert-Gallais.**

Afecțiune descrisă în 1932 de către Cushing, care a atribuit afecțiunea unei leziuni speciale a hipofizei, adenomul bazofil. Numai în acest sens, trebuie de vorbit de boala lui Cushing. În această afecțiune în care tulburarea principală este determinată de o hiperfuncție primitivă sau secundară a corticosuprarenalei, tabloul clinic se caracterizează printr-o hipertensiune arterială, o obezitate de tip special, diabet și osteoporoză. Afecțiunea este mai frecventă la tineri decît la bătrîni, și mai des întîlnită la femeie decît la bărbat. De multe ori, adenomul bazofil lipsește sau este mic și nu deformează șeaua turcească sau poate fi de tip eozinofilic, cromofob sau mixt. Prognosticul este foarte rezervat ; remisiile spontane sînt excepționale. Moartea survine în 50% din cazuri înainte de 5 ani. Tratamentul este individualizat în funcție de etiologie.

1. Bricaire H., Luton J. P., Laurent M. : *Presse méd.*, 1967, 75, 2 697.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. W. B. Saunders, 1969.
3. Hunder G. G. : *Mayo Clinic Proc.* 1966, 41, 29–39.
4. Krieger D. T., Glick S. M. : *The Am. J. of Med.*, 1972, 52, 1, 25.
5. Oliver Ch., Vague Ph. : *Presse méd.*, 1970, 78, 55, 2 495.

CUSHING (boală) : **angiomatoza cutaneo-medulară.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul angioamelor cutanate care se însoțesc de angioame profunde. În afară de angiomul cutanat, indivizii cu această afecțiune prezintă și angioame medulare, formate din vase acuminate, al căror perete subțire constituie un risc de rupere și producerea de hemoragii foarte grave. Tratamentul este numai chirurgical, iar prognosticul foarte rezervat.

Scanned with OKEN Scanner

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, 1969.
2. Duperrat B. : *Précis de dermatologie*, 1969, Masson C-ie édit.
3. Moysson F., Godart S. : *Acta Pediatrica Belgica*, 1966, 20, 5, 313.

CUSHING (sindromul lui) : **hiperfuncţia corticosuprarenalei.**

Boala este determinată de un exces de substanţe de tip cortizonic elaborate de cortexul suprarenal. Corticosuprarenala este hiperplaziată fie printr-un adenom sau carcinom, sau printr-un adenom hipofizar bazofil. Tabloul clinic şi umoral se caracterizează prin : obezitatea porţiunii superioare a trunchiului, psihoză, hirsutism, echimoze, vergeturi purpurice, acnee, impotenţă sau amenoree, hipertensiune arterială, glicozurie, osteoporoză şi creşterea 17-hidroxicorticoizilor urinari, hipocloremie şi hipokaliemie, eozinopenie şi limfopenie. Radiologic pot fi depistate diferite tumori sau hiperplazia glandelor suprarenale. Este o boală gravă şi deseori, letală, dacă nu s-a surprins şi tratat precoce. Evoluţia este rapidă atunci cînd sindromul este determinat de tumori maligne ale suprarenalei.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, 1969.
2. Herrera M. G., Cahill G. F., Thorn G. W. : *Am. J. Surg.* 1964, 107, 144–153.
3. Labhart A. : *Klinik der inneren Sekretion.* Spring-Verlag, 1957.
4. Liddle G. W. : *J. Clin. Endocrinol.*, 1960, 20, 1 539.

CUTLER (sindromul lui) : **papilomul dur ; glosita romboidă mediană Brocq-Pautrier (vezi).**

CZERNY (boala lui) : **anemia lui Czerny.**

Este o anemie hipocromă ce apare la copii şi care se datoreşte unei diete alimentare inadecvate. Corectarea regimului alimentar carenţat, duce la vindecarea bolii.

1. Baufle P. : *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Bucureşti, 1965.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

D

DAAE (boală) : pleurodinia epidemică ; boala din Bornholm (vezi).

DAAE-FINSEN (boală) : pleurodinia epidemică ; boala din Bornholm (vezi).

DA COSTA (sindrom) (1871) : astenia neuro-circulatorie ; nevroza cardiacă ; inima de soldat ; sindromul de efort ; DAH (disordered action of the heart) ; nevroza anxioasă.

Este un sindrom polimorf caracterizat îndeosebi printr-o inaptitudine la efortul fizic, deşi aparatul cardio-vascular este perfect indemn. Se observă mai des la femeie decît la bărbat, în perioada de vîrstă de 20—30 ani. Apare mai ales la indivizii mai sensibili, care au suferit un şoc emoţional excesiv. Tabloul clinic se manifestă prin oboseală, palpitaţii, dispnee, transpiraţii, vertije şi dureri precordiale continui sau intermitente. Obiectiv, se poate observa : acrocianoză, tensiune arterială labilă, tahicardie. Pe electrocardiogramă se pot observa unde T negative în D II şi D III, care dispar după tratament cu ergotamină sau nitrit de amil. Sindromul Da Costa se întovărăşeşte de obicei de o tulburare psihică,

mai ales de o stare anxioasă și din această cauză, el urmează evoluția acesteia. Unele persoane au această stare timp de ani de zile manifestînd tot felul de simptome histerice sau hipocondriace. Se observă de asemenea o fobie pentru efort și mai ales, pentru locurile închise. Boala se vindecă odată cu ameliorarea stării psihice. În unele cazuri, pot fi observate complicații cardiace, cum ar fi hipertensiunea arterială, insuficiența coronariană și altele.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* Ed. W. B. Saunders, 1969.
2. Friedberg C. K. : *Diseases of the heart.* 3rd ed. Saunders, 1966.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Scherf D., Boyd L. J. : *Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gafesserkrankungen,* Wien, 1955.

DALSACE-NETTER-MUSSET (boala lui) : **aderențele intrauterine din tuberculoza mucoasei corpului uterin ; sindromul lui Ascherman.**

Este o afecțiune ginecologică determinată de existența unor aderențe intrauterine survenite în cursul tuberculozei uterine. Boala se manifestă clinic prin absența primitivă a ciclului menstrual, sterilitate primitivă. Uneori, există oligomenoree sau amenoree secundară. În afară de aceste simptome se mai remarcă dureri în regiunea hipogastrică. Diagnosticul se pune pe baza anamnezei și a histerografiei, care pune în evidență aderențele intrauterine. Tratamentul constă din administrare de medicație antituberculoasă, cură heliomarină, etc.

1. Dalsace J., Musset R., Netter A. : *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obstetr. langue Franc.*, 1957, 9, 4 bis, p. 483.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

DANBOLT-CLOSS (sindromul lui) (1924) : **acrodermatita enteropatică ; acrodermatita buloasă.**

Se crede că sindromul Danbolt-Closs ar fi o formă clinică a epidermolizei buloase ereditare

Scanned with OKEN Scanner

distrofice (sindromul Wende). Boala apare la copii imediat după naștere sau în primii ani de viață, manifestîndu-se clinic printr-o dermatoză cu caracter bulos sau eritemato-exsudativ. Leziunile tegumentare sînt localizate la nivelul orificiilor naturale sau ale segmentelor distale ale membrelor, care sînt cel mai mult supuse traumatismelor mecanice. Pe lîngă manifestările cutanate, mai există numeroase alte tulburări : diaree, glosită, stomatită, dureri abdominale, blefarită, calviție. Boala se poate complica prin suprainfecția focarelor cutanate și digestive cu levuri micotice. S-au descris în literatură îmbolnăviri și la adulți.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, Ed. V-a, Saunders 1963.
2. Piper L. : *Arch. Derm.*, 1957, 76, 221.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology* Blackwell, Oxford, 1968.

DANIELSEN-BOECK (boala lui) (1847) : **lepra tuberculo-anestezică ; lepra sistemului nervos.**

Este forma nevritică pură, fără manifestări cutanate a leprei nediferențiate „I", care are două varietăți : maculoasă și nevritică pură. Sindromul sau boala lui Danielsen-Boeck este forma nevritică. În prezent, în medicină nu se mai întrebuințează denumirea de mai sus.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Edit. Urban und Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.

DANGENAN (boala lui) : **pleurodinia epidemică ; boala din Bornholm (vezi).**

DANDY-WALKER (sindromul lui) (1919) : **hidrocefalia prenatală ; hidrocefalie malformativă obstructivă.**

Este o boală congenitală caracterizată printr-o hidrocefalie determinată de o atrezie prenatală a găurilor lui Magendie și Luschka. Din punct de vedere anatomo-patologic, se remarcă o dilatare chistică a ventriculului al IV-lea. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

2. Dandy W. E., Blackfan K. D. : *Am. J. Dis. Child.*, 1919, 8, 406.
3. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart of Health, Education and Welfare, 1968.
4. Petrescu-Coman V. : *Pediatria*, Buc., 1967, 2, 179.
5. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, 1955.
6. Verger P., Pouyanne H. : *Gaz. Méd. France*, 1968, 3, 487.

DANIS-COPEZ (boală) : **degenerescența exsudativă a retinei ; degenerescența pseudotumorală ; degenerescența disciformă ; degenerescența maculară a lui Junius-Kühnt.**

Degenerescența exsudativă a retinei este o afecțiune întîlnită la bătrîni. Boala apare brutal printr-o hemoragie maculară, care duce la diminuarea acuității vizuale. La examenul fundului de ochi, se observă o remaniere maculară exsudativă, care se întinde progresiv pentru a deveni o masă gălbuie, rotundă, cu margini neregulate (disciform), ce se extinde pe o suprafață de circa 1—3 mm diametru. Aceasta poate fi deseori sediul unor hemoragii. Patogenic, se pare că boala n-ar fi decît o exsudație plecată de la corio-capilare, care pătrunzînd prin linia lui Bruch degenerată, invadează retina, organizîndu-se.

1. Ballantyne A., Michelson J. : *Textbook of the fundus of the eye.* Levingstone, London and Edimburg, 1962.
2. Marsal C., Bouchut J. : *Arch. Ophtalm.*, 1967, 27, 4, 387.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.

DARIER (boala lui) : **diskeratoza foliculară.**

Este o dermatoză caracterizată printr-o erupție papuloasă acoperită cu cruste brune-gri, dure și cornate, destul de aderente înfundate într-o depresiune infundibuliformă. Elemente de mărimea unei gămălii de ac pînă la o linte, aglomerate verucos, ocupă simetric fața, gîtul, regiunea toracică, pliurile articulare, regiunile perigenitale și mijlocul, dînd un aspect rugos pielii. Debutînd în adolescență, afecțiunea este cronică și incurabilă, avînd o acțiune destructivă locală.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul histologic al unei papule pune în evidenţă deschideri epidermice şi corpi rotunzi epidermici pseudococcidieni, datoriţi unei keratinizări anormale a celulelor malpigiene.

1. Brunner E. : *Gaz. Lek.*, 1920, 5, 63.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
3. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, 1954.
4. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

DARIER (boala lui) : **epiteliomul pagetoid al lui Darier.**

Este un tip de epiteliom perlat sau de epiteliom plan cicatricial, caracterizat prin leziuni superficiale, de culoare rozată, presărate de cruste şi înconjurate de un burelet filiform sau perlat, ce se dezvoltă pe un derm atrofic sau uşor infiltrat. Afecţiunea face parte din grupul epitelioamelor bazo-celulare sau epitelioamelor pavimentoase tubulate. Localizarea bolii este de obicei la faţă şi numai excepţional, şi la nivelul mucoaselor. Leziunea poate fi izolată sau multiplă. Caracteristica acestei maladii este incidenţa sa la indivizi relativ tineri. Prognostic sever. Tratament roentgenterapic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine édit., 1956.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie.* Paris, 1954.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Longhin S., Antonescu S., Popescu A. : *Dermatologia.* Edit. Med. Buc., 1971.

DARIER (boala lui) (1914) : **eritemul inelar centrifug tip Darier.**

Este o dermatoză caracterizată printr-o serie de inele circulare sau semicirculare, roşii, papuloase şi dure, care circumscriu cîţiva centimetri de piele normală. Aceste inele pot deseori confluа formînd figuri policiclice. Ele dispar în 2—3 săptămîni, însă alte elemente pot prelungi erupţia încă cîteva săptămîni sau luni. Etiologia bolii este necunoscută. Tratamentul constă din diferite topice şi antiseptice şi mai ales gudron.

1. Darier J. : *Ann. Dermat.*, 1914, 57.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine édit., 1956.

Scanned with OKEN Scanner

3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* Ed. XI, Mosby, 1956.

DARIER (boala lui) : **lentiginoza profuză.**

Este o dermatoză care se manifestă clinic prin prezența unor pete sub formă de linte pe întreaga suprafață tegumentară. Uneori, aceste pete prezintă o suprafață lucioasă. Nu are evoluție malignă. Nu are tratament.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine édit., 1956.
2. Degos R., Carteaud A. : *Ann. Dermat.,* 1956, 83, 125.
3. Rouit H. : *Conc. Méd.,* 1970, 92, 1 016.
4. Longhin S., Antonescu S., Popescu A. : *Dermatologia.* Edit. Med. Buc., 1971.

DARIER (sindromul lui) (1896) : **pseudoxantomul elastic ; xantomul elastic Balzer (vezi).**

DARIER (boala lui) : **sarcoidele nodoase diseminate.**

Este o dermatoză care se manifestă clinic prin existența unor noduli cutaneo-subcutanați, asemănători eritemului nodos, însă deosebiți de acesta prin faptul că sînt mai indurați și au un număr mai mare de eflorescențe. Acești noduli, o varietate de tuberculide sînt localizați pe fețele extensoare ale extremităților. Pot fi confundați de asemenea și cu sarcoidul subcutanat al lui Darier-Roussy. În contrast cu sarcoidoza, testul la tuberculină este pozitiv, fapt ce leagă această afecțiune de tuberculoză. Nu are tratament specific.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Pautrier J. : *Nouv. prat. Dermat.,* 1936, 3, 655.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology,* Blackwell, Oxford, 1968.

DARIER (sindromul lui) (1911) : **eritrodermia verucoasă în plăci simetrice progresive ; keratodermia în plăci diseminate a lui Brocq-Dubreilh ; eritrodermia verucoasă în cîmpuri simetrice progresive ; sindromul lui Gottron-Hudelo.**

Este o eritrodermie localizată, cu etiologie necunoscută, ce apare imediat după naștere și numai în mod cu totul excepțional, mai tîrziu. Se consideră de unii autori a fi o eritrokeratodermie atipică, localizată, a eritrodermiei ichtio-

Scanned with OKEN Scanner

zice congenitale Brocq. Boala se manifestă clinic prin niște plăci de diferite dimensiuni și forme (eritemato-descuamative sau eritematoase), care se extind lent. Pe acestea se pot dezvolta ulterior epitelioame spino-celulare. Prognostic sever.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Gans O., Kochs A. : *Hautarzt,* 1951, 9, 389.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

DARIER (boală) : **angiomul senil ; punctul rubiniu.**

Angiomul senil este o dermatoză care se manifestă clinic prin existența unor angioame mici, punctiforme, la nivelul trunchiului și pe extremități. La început, ele sînt mici și punctiforme, dar mai tîrziu, devin papuloase, proeminente și colorate în roșu-rubiniu. Aceste manifestări cutanate, neînsoțite de nici o altă simptomatologie clinică, apar după vîrsta de 30—40 ani. Ele pot dispare spontan. În unele cazuri se poate observa de asemenea prezența unor manifestări maligne.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Edit. Maloine, 1956.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie,* Paris, 1954.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* Edit. Mosby, 1956.

DARIER-FERRAND (boala lui) (1924) : **dermatofibromul ; fibrosarcomul.**

Este o dermatoză constituită dintr-un placard infiltrat, dur, fibros, neregulat, presărat de noduli, evidenți la suprafața pielii. La acest nivel, tegumentele prezintă o colorare alb-gălbuie, sînt de aspect sclerodermic, se pot cianoza și chiar exulcera. Plastronul tegumentar este mobil pe planurile profunde. Leziunea este de obicei unică și se localizează electiv pe abdomen și regiunea inguinală. Boala are evoluție lentă. Este rebelă la tratamentul cu raze X. Din cauza metastazelor rare pe care le poate cauza, afecțiunea de mai sus este considerată astăzi, ca un sarcom cu malignitate slabă. Prognostic rezervat ; tratament antimitotic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine édit., 1956.
2. Gutowski W. : *Pol. Tyg. Lek.,* 1947, 1, 392.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et*

Scanned with OKEN Scanner

opérations à noms propres. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DARIER-ROUSSY (sindromul lui) (1904) : **sarcoidele hipodermice tip Darier-Roussy.**

Boala se manifestă prin nodozităţi subcutanate, rău delimitate, de mărimea unei cireşe pînă la o nucă, mobile, dure, indolente şi neinflamatorii. Tegumentele la acest nivel sînt de aspect normal sau colorate în roş-liliachiu, aderente şi asemănătoare „pielii de portocală". Localizarea acestor nodozităţi este simetrică pe flancuri, regiunile scapulare şi pe membre. Evoluţia lor este foarte îndelungată, nu se ulcerează, rămîn staţionare sau chiar pot retroceda. Etiologia este nesigură : unii consideră acest sindrom ca o formă hipodermică a bolii lui Schaumann, alţii ca o tuberculoză sau sifilis. Tratamentul este mai mult simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI-a, Mosby, 1956.

DARLING (boala lui) (1906) : **histoplasmoza ; micoza tropicală gravă a copilului ; „cave disease".**

Este o micoză caracterizată prin ulceraţii bucale, faringiene şi gastro-intestinale, cu hipertrofia ficatului, a splinei şi a ganglionilor limfatici, determinată de infectarea omului cu ciuperca histoplasma capsulatum. Această ciupercă atacă îndeosebi sistemul reticulo-endotelial. În afară de infecţia aeriană, care este cu totul excepţională, transmiterea ciupercii la om se face prin intermediul animalelor domestice sau sălbatice. Histopatologic, leziunile specifice sînt polimorfe îmbrăcînd toate formele de la reacţia granulomatoasă pînă la cicatrice fibroasă, hialină sau calcificată. Se descriu forme muco-cutanate, pulmonare şi nervoase. Forma pulmonară benignă are în general, un prognostic bun. Se manifestă clinic ca un episod banal bronhopulmonar. Formele pulmonare generalizate se manifestă ca o granulie miliară sau ca o pneumonie. Au evoluţie foarte gravă. Pe lîngă hipertermie, bolnavii prezintă anemie, stare generală proastă, adenopatii şi hepato-splenomegalie. Nu există

Scanned with OKEN Scanner

tratament specific. Se pare că amfotericina B ar putea ameliora evoluția bolii.

1. Conant N. F. și colab. : *Manual Clinical Mycology*, 1954.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Larkin J. C., Phillips S. : *J. Chron. Dis.*, 1964, 17, 109.
4. Schwartz J., Baum G. L. : *Arch. Int. Med.*, 1963, 111, 710.

DARNAUD (sindromul lui) (1953) : **diabet lipopletoric.**

Este un diabet ce însoțește individul obez. Se deosebește de sindromul lui Lawrence, care este un diabet lipoatrofic. Acesta din urmă este foarte rar întîlnit. Sindromul diabetic lipopletoric se manifestă clinic prin obezitate, poliurie, polifagie și polidipsie. În urină se găsește prezentă glucoza, iar în sînge, valorile glicemiei sînt moderat crescute. Evoluția relativ bună. Reacționează bine la regimul dietetic.

1. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of Metabolism*. Ed. V-a, W. B. Saunders, 1964.
2. Jolliffe N. : *Clinical Nutrition*, 2nd Ed. Hoeber, 1962.
3. McHenry E. W. : *Basic Nutrition*, Lippincott, 1963.

DARROW-ELIEL (sindromul lui) : **azotemia prin alcaloză hipocloremică și hipokaliemică.**

Este o insuficiență renală acută sau cronică decompensată determinată de o alcaloză hipocloremică însoțită de hipokaliemie. Survine mai ales după dezechilibre hidro-electrolitice importante cauzate de tulburări gastroenterocolitice acute sau de administrarea inadecvată de medicamente (diuretice). Pe lîngă modificările biochimice, bolnavii prezintă din punct de vedere clinic tulburări psihice (agitație, apatie, stări comatoase) și neuro-musculare (diferite pareze, mioclonii, dureri de tip polinevritic, etc.). Afecțiunea este foarte gravă dacă nu se intervine urgent pentru reechilibrarea hidro-electrolitică și acidobazică.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Reubi F. : *Néphrologie Clinique*. Ed. Masson C-ie, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

3. Sarre H. : *Nierenkrankheiten* G. Thieme – Verlag, Stuttgart, 1969.

DAVID (sindromul lui) (1946) : **nevrita optică edematoasă intracanaliculară.**

Este o nevrită a nervului optic determinată de o inflamaţie a acestuia care este situată posterior globului ocular, debutînd de obicei, în fasciculul muscular, fapt ce facilitează, chiar de la început, o scădere a acuităţii vizuale şi un scotom central. Pe lîngă aceste tulburări, bolnavii mai prezintă dureri violente retrobulbare, mai ales în timpul mişcărilor globilor oculari. La examenul fundului de ochi, la început, papila este normală ; ulterior, poate să apară o atrofie parţială. Sindromul este determinat de inflamaţii ale sinusurilor sfenoidale sau etmoidale, diferite intoxicaţii (alcool metilic, alcool etilic, arsenic, plumb, etc.), scleroză în plăci, sifilis sau boala lui Leber. Prognosticul sever. Tratamentul este etiologic.

1. Assemen R. : *La maladie de Leber.* Thèse, Lille, 1958.
2. Bregeat P. : *L'oedème papillaire.* Masson C-ie, Paris, 1956.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

DAVID (boala lui) : **Purpura ereditară simplă.**

Este o boală descrisă de Walter David, ce are caracter ereditar, manifestîndu-se clinic prin prezenţa unei purpure simple, ce nu se însoţeşte de angioame şi teleangiectazii. Boala apare numai la sexul feminin. Are evoluţie lentă cu perioade de acalmie şi recidive. Etiopatogenia bolii este încă neprecizată. Nu are tratament specific.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

DAVIDSON (boala lui) : **encefalomielopatia spastică ; degenerescenţa parenchimului cerebral ; pseudo-**

Scanned with OKEN Scanner

scleroza spastică; boala lui Jacob-Kreutzfeld (vezi).

DAVIDSON (boala lui) (1943): anemia megaloblastică; anemia refractară; anemia aregenerativă; anemia aplastică.

Boala lui Davidson face parte din grupul anemiilor aplastice și aregenerative, cu etiologie diferită, însă care au caracter comun faptul că procesul morbid nu provoacă numai tulburări în ceea ce privește regenerarea eritrocitară, ci, în același timp, interesează de asemenea seria albă și trombocitele. Boala poate fi primitivă sau determinată de unii agenți chimici care inhibă eritropoieza în măduva osoasă. Debutează insidios, lent și progresiv, manifestîndu-se prin paloare intensă, purpură și incidente infecțioase. Din punct de vedere hematologic se caracterizează prin anemie normocromă, fără semne de regenerare (absența reticulocitelor), leucopenie, trombopenie și măduvă osoasă acelulară. Prognosticul este foarte rezervat. Majoritatea bolnavilor mor chiar și în urma unor transfuzii repetate. Rareori bolnavii supraviețuiesc mai mult de 6 luni. În formele secundare determinate de diferiți agenți chimici, înlăturarea acestora poate permite ameliorarea bolii. Tratamentul constă din administrare de sînge integral.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Lewis S. M.: *Brit. Med. J.*, 1965, 5 441, 1 027.
3. Scott J. L., Cartwright G. E., Wintrobe M. M.: *Medicine*, 1959, 38, 119.
4. Schoen R., Tischendorf: *Klinische Pathologie der Blutkrankheiten.* G. Thieme. Stuttgart, 1950.

DAUCAS-KAPENATAKIS (sindromul lui): purpura eczematoidă.

Este o dermatoză ce se manifestă clinic prin existența unei purpure și a unei eczeme cutanate cu simptome pregnante de lichenificare. La nivelul lezionărilor cutanate se produce prurit discret și o diminuare a rezistenței capilarelor. Această boală ocupă un loc intermediar între purpurele adevărate și purpurele determinate de inflamația vaselor cutanate. Evoluția bolii este subacută. După dispariția fenomenelor cutanate acute, rămîne o hiperpigmentare permanentă.

Scanned with OKEN Scanner

Boala se localizează mai ales la extremităţile inferioare.

1. Casala P., Mosto J. : *Arch. Argent. Dermat.*, 1955, 3, 209.
2. Casala P., Mosto J. : *Arch. Argent. Dermat. Syph.*, 1958, 3, 362.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, édit., 1956.

DAVIDENKOV (sindromul lui) : **paralizia asociată funcţională.**

Este un sindrom neurologic caracterizat printr-o paralizie funcţională care afectează grupe musculare sinergice sau antagoniste. Astfel, în lezionarea nervului radial, în timp ce există o diminuare importantă a forţei de strîngere a mîinii, există de asemenea o slăbire sau chiar o paralizie completă a extensorilor.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.

DAVIDENKOV (sindromul lui) (1934) : **atrofia musculară progresivă ; boala lui Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann (vezi).**

DAVISON (boala lui) : **degenerescenţa cortico-striată-spinală de cauză necunoscută ; pseudoscleroza lui Jacob-Kreutzfeld (vezi).**

DAWSON (boala lui) (1933) : **encefalita subacută cu incluzii ; panencefalita Döring ; leucoencefalita subacută sclerozantă van Bogaert (vezi).**

Este o encefalită probabil de origine virală, ce apare aproape în exclusivitate la copii. Se caracterizează clinic prin fenomene extrapiramidale de tip diskinetic hipertonic, tulburări ale stării de conştiinţă, tulburări de vorbire şi tulburări de deglutiţie. La sfîrşitul evoluţiei bolii, se remarcă apariţia unei demenţe progresive şi o rigiditate decerebrată. Din punct de vedere terapeutic, boala nu beneficiază decît de medicaţia antiinfecţioasă (antibiotice) şi simptomatică. La examenul histopatologic se remarcă prezenţa unor incluziuni eozinofilice voluminoase în citoplasma cît şi în nucleii celulelor nervoase degenerate.

Scanned with OKEN Scanner

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson, Edit. Paris, 1971.
4. Hammon W. M. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1958, 70, 292.

DEBLER (boala lui) (1939) : **anemia hemolitică familială.**

Este o hemopatie rară ce apare mai ales la sugari şi care se manifestă printr-o anemie hipocromă cu eritroblastemie, microcitoză, reticulocitoză, anizocitoză şi poikilocitoză. Rezistenţa globulară este scăzută, iar în eritrocite se observă prezenţa unor granulaţii bazofile. Copiii atinşi de această boală prezintă o întîrziere în dezvoltarea lor fizică şi intelectuală. Etiologia bolii nu este cunoscută. Splenectomia determină ameliorarea sau chiar vindecarea bolii.

1. Debler K. : *Z. Kinderheilk.*, 1939, 40, 61, 198.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

DEBOVE (boala lui) : **anemia splenică.**

Este o hemopatie cronică ce se observă la ambele sexe, care se manifestă clinic printr-o anemie micro-sferocitară, splenomegalie primitivă şi uşoară hepatomegalie. Prognostic rezervat. Splenectomia poate duce la ameliorarea sau chiar vindecarea bolii.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

DEBOVE (boala lui) : **osteoporoza senilă ; vertebrele „en coin".**

Este o boală ce se caracterizează printr-o diminuare a grosimii traveelor osoase, care se traduce radiologic printr-o creştere a transparenţei oaselor şi eventual, printr-o vizibilitate mai mare a însuşi acestor travee. Boala de mai sus apare la bătrîni, odată cu atrofia celorlalte ţesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

Se manifestă îndeosebi prin dureri osoase, mai ales la nivelul coloanei vertebrale și uneori prin deformații scheletice sau chiar fracturi patologice. Evoluția este lentă și progresivă. Tratamentul constă din administrare de calciu, vitamina D și hormonoterapie anabolizantă.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

DEBOVE (boala lui) (1895) : **diabetul aglicemic (ereditar și familial) ; boala lui Klemperer (1896) ; diabetul renal.**

Diabetul renal este o afecțiune benignă, adeseori cu caracter familial, care nu necesită nici un fel de tratament și care se manifestă printr-o glicozurie permanentă fără hiperglicemie. Glicozuria variază foarte puțin de la o zi la alta și este prezentă în toate probele. Boala nu este influențată prin diminuarea hidraților de carbon din alimentație sau prin administrarea de insulină. Diagnosticul se bazează prin dozarea simultană a glucozei în sînge și în urină. Boala este determinată de o diminuare sau o absență a funcției de reabsorbție de glucoză a tubului proximal.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Lehrbuch der Pädiatrie.* B. Schwabe, 1961.
2. Moeller J. : *Jb. ärztl. Fortbild.*, 4, 1956, 392.
3. Reubi F. : *Néphrologie clinique.* Masson C-ie, 1961.
4. Sarre H. : *Nierenkrankheiten.* G. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1969.

DEBRAY (sindromul lui) (1953) : **Bauhinita edematoasă.**

Este un sindrom clinic descris în 1953 de Charles Debray, ce se caracterizează prin existența unui edem inflamator pseudo-tumoral al valvei lui Bauhin. Din punct de vedere radiologic, caracteristic pentru această maladie este imaginea în cocardă a valvulei. Indivizii atinși de această boală prezintă următoarele tulburări : diaree sau constipație, inapetență, grețuri, dureri spontane și la apăsare în fosa iliacă dreaptă. La palparea abdomenului, se percepe o forma-

Scanned with OKEN Scanner

țiune tumorală în fosa iliacă dreaptă. Etiologia afecțiunii nu este încă precizată. Tratamentul este simptomatic și chirurgical.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Jackman R. J. : *Lesions of the lower Bowel.* Thomas, 1958.

DEBRAY-MILKMAN (sindromul lui) (1920) : **osteoza dureroasă cu pseudofracturi ; sindromul Milkman-Debray-Looser ; osteopatia dureroasă cu pseudofracturi a lui Milkman (1934) (vezi).**

DEBRÉ (boala lui) (1950) : **limforeticuloza benignă prin mușcătură de pisică ; boala lui Mollaret (1950) ; boala lui Prtzetakis ; boala ghearelor de pisică ; limfadenita virală benignă ; limforeticuloza benignă de inoculare.**

Boala ghearelor de pisică este o infecție acută, datorită probabil unui virus, care este transmis probabil în mod pasiv de către pisici sănătoase prin zgîrieturi. S-au semnalat de asemenea inoculări și după înțeparea pielii cu un spin sau cu o așchie de lemn. Boala este mai frecventă la copii decît la adulți ; ea este răspîndită în toată lumea. După o perioadă de incubație de 1—3 săptămîni, boala debutează acut cu cefalee, astenie, frisoane, hipertermie și stare generală proastă, care durează 10—15 zile. La locul de inoculare apare o ulcerație sau o papulopustulă, urmată mai tîrziu, de o adenopatie regională, care evoluează spre supurație. Se pot observa uneori și complicații : encefalită, eritem nodos etc. Boala este benignă și de tip ciclic. Vindecarea se face spontan între 2 săptămîni și 2 ani. Administrarea de tetraciclină scurtează evoluția bolii.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current diagnosis and treatment.*, 1967, Lange Medical Publication, Los Altos, Calif.
2. Eckhardt W. F. jr., Levine A. I. : *Arch. Int. Med.*, 1962, 109, 463.
3. Prier J. E. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1958, 70, 650.

DEBRÉ (sindromul lui) (1934) : **hepatomegalia policor'că.**

Scanned with OKEN Scanner

1. Baufle P. : *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DEBRÉ-FIBIGER (sindromul lui) (1905) : **insuficiență adrenogenitală congenitală însoțită de pierdere de electroliți ; hiperplazie cerebriformă congenitală a suprarenalelor ; sindrom Pirie ; sindrom Jaudon.**

Este un sindrom suprareno-genital în perioada neonatală. Se produce o hiperplazie cerebriformă a capsulelor suprarenale, care determină o insuficiență corticosuprarenală cu hiperandrogenie și vărsături profuze. Acestea din urmă determină o pierdere mare de electroliți și apariția unei stări generale foarte grave. Afecțiunea este congenitală. Dacă copiii supraviețuiesc apar toate semnele de hiperandrogenie : pilozitate sexuală precoce, acnee și dezvoltarea exagerată a musculaturii și a diametrului biacromial, etc. Biochimic se observă : hiponatremie, hiperkaliemie, scăderea rezervei alcaline. Eliminarea sodiului în urină este normală, uneori crescută. Ureea și azotul neproteic din sînge sînt crescute. Deseori, unii bolnavi se pot vindeca sau ameliora, după vîrsta de 1—3 ani. Recidive pot reapare cu ocazia diverselor stressuri.

1. Cara J., Gardner L. J. : *J. Pediat.*, 1960, 57, 461.
2. Eberlein W. R., Bongiovanni A. M. : *J. Clin. Endocr.*, 1955, 15, 1 531.
3. Iversen T. : *Pediatrics*, 1953, 16, 875.
4. Milcu Șt. : *Endocrinologie clinică.* Edit. Medicală, București, 1967.
5. Turpin R. : *Ann. Pédiat.*, 1961, 8, 303.

DEBRÉ-SEMELAIGNE (sindromul lui) (1925) : **miopatia hipotiroidiană.**

Este o endocrinopatie caracterizată prin hipertonie difuză cu aspect hipertrofic. Boala are caracter congenital. Indivizii atinși de această afecțiune capătă un aspect de mic atlet. Sindromul se întîlnește în unele forme de mixedem congenital.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Pachomov N., Caughey J. E. : *Neurology*, 1960, 10, 28.

Scanned with OKEN Scanner

3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, Ed. Williams and Wilkins, 1955.

DEBRÉ-MARIE (sindromul lui) (1938) : **insuficiența funcțională a lobului anterior al hipofizei ; sindrom neuroedematos.**

Este o endocrinopatie descrisă în 1938 de către Debré și Julien Marie, care se datorește unei insuficiențe funcționale a lobului anterior al hipofizei. Indivizii atinși de această boală prezintă un nanism accentuat, hipotrofia organelor genitale, deficit intelectual, întîrzierea osificării și a dentiției. Se produce o retenție hidrică foarte importantă ce determină apariția unor edeme manifeste. Bolnavii mai pot prezenta oligurie, oligodipsie și hipotermie. Prognostic rezervat. Tratament antiinfecțios, vitamine, capilarotrofice.

1. Friesen H., Astwood E. B. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1 216.
2. Hunter W. M., Greenwood F. C. : *Brit. Med. J.*, 1964, 5 386, 804.
3. Reichlin S. : *New England J. Med.*, 1963, 269, 1 182.
4. Reichlin S. : *New England J. Med.*, 1963, 269, 1 246.
5. Șofletea A. : *Neurologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1967.

DEBRÉ-MARIE (sindromul lui) (1925) : **sindromul neuro-edematos epidemic.**

Este o boală descrisă în 1925, ce se manifestă inițial prin crize de laringită și tuse. După o perioadă de circa 1—2 săptămîni, la aceste simptome se mai adaugă hipertermie, edeme și o paralizie flască progresivă, care cuprinde mai întîi membrele inferioare, apoi centura pelviană și mușchii vertebrali. Atît reflexele tendinoase cît și lichidul cefalorahidian sînt normale. Boala evoluează timp de 3—4 săptămîni, după care survine, în mod spontan, vindecarea dacă n-au intervenit între timp, complicații.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson, Edit. Paris, 1971.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Editura Medicală, București, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

4. Şofletea A. : *Neurologia clinică.* Edit. Med. Buc., 1967.

DEBRÉ-LAMY-LAMOTTE (sindromul lui) : **eritrodermia buloasă cu epidermoliză ; sindromul lui Lyell (vezi).**

DEBRÉ-SEMELAIGNE-GILBRIN (sindromul lui) (1925—1934) : **hipertrofia musculară congenitală cu întîrziere intelectuală şi hipotermie persistentă.**

Este o boală eredo-congenitală foarte rară, care se manifestă clinic printr-o hipertrofie musculară localizată sau generalizată. Muşchii hipertrofici devin hipertonici, rigizi şi inflexibili. Rigiditatea musculară poate crea dificultăţi bolnavilor în desfăşurarea muncii fizice. În afară de aceste simptome, bolnavii mai prezintă o întîrziere intelectuală şi hipotermie persistentă. Boala se manifestă în unele cazuri şi prin crize de spasme musculare generalizate. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul eficace constă din administrare de sulfat de chinină.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Lee F. I., Hughes D. T. : *Brain,* 1964, 87, 521.
3. Maas O., Paterson A. S. : *Brain,* 1950, 73, 318.
4. Pachomov N., Caughey J. E. : *Neurology,* 1960, 10, 28.

DECHAUME-GRELLET-DUBRUILLE (sindromul lui) : **contuzia articulaţiei temporo-maxilare.**

Este un sindrom caracterizat prin apariţia sa după un şoc direct sau indirect asupra mandibulei, leziuni periarticulare (edem, hematom) şi articulare (hidrartroza sau hemartroza fără leziuni osoase sau ligamentare), dureri articulare spontane sau provocate, trismus cu deviaţie laterală de partea lezionată, edem şi echimoze. Examenul radiologic este perfect normal. Prognostic benign ; tratamentul constă din infiltraţii, în jurul arterei temporale superficiale, cu xylină sau novocainã.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson Edit., Paris, 1962.

DEGOS (boala lui) (1942) : **papuloza atrofiantă malignă ; sindromul cutaneo-intestinal mortal ; eritemul porţelant în picături Tzanck, Civatte, Cidi.**

Scanned with OKEN Scanner

Descrisă în anul 1942 de Degos, boala se întîlnește la tineri și evoluează rapid fatal. Debutează printr-o erupție caracteristică, electiv localizată pe trunchi și membrele inferioare: o papulă de cîțiva centimetri, de culoare roșie sau galbenă, care evoluează printr-o zonă periferică roșie sau violacee. Nu este nici pruriginoasă și nici dureroasă. Evoluția malignă se datorește existenței unor leziuni asemănătoare și la nivelul intestinului subțire și peritoneului, care dau complicații grave: peritonite, perforații și hemoragii. Etiologia acestei angeite obliterante a micilor vase rămîne obscură. Nu există tratament. Uneori, tratamentul cu heparină este capabil să amelioreze afecțiunea.

1. Degos R., Kalis B.: *Rev. Prat.*, 1969, XIX, 30, 4 345.
2. Degos R., Delort J., Tricot R.: *Bull. Soc. Franc., Dermat. Syph.*, 1942, 49, 148.
3. Degos R.: *Maladies de la peau*, Maloine, 1956.

DEGOS (boala lui): **amiloidoza sistematizată zisă primitivă; amiloidoza generalizată; paraamiloidoza lui Strauss (vezi).**

DEGOS (boala lui) (1947): **genodermatoza eritematoscuamoasă variabilă; genodermatoza keratozică.**

Genodermatoza eritematoscuamoasă variabilă este o afecțiune caracterizată clinic prin niște pete eritematoase, care-și schimbă mereu forma și prin placarde keratozice mari, fixe și cu contururi geografice. Prognosticul este relativ bun.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*. Maloine, 1956.
2. Degos R.: *Maladies de la peau*, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

DEGOS (boala lui): **genodermatoza în cocardă.**

Genodermatoza în cocardă a lui Degos este o varietate de genodermatoză eritematoscuamoasă însoțită de descuamare în centrul placardelor, localizată. Leziunile cutanate caracteristice se prezintă sub forma unor pete eritematoase rotunjite, uneori de dimensiuni mari, realizînd aspectul de cocardă. Leziunile de mai sus evoluează timp de 3 luni, recidivînd ulterior.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

2. Degos R. : *Maladies de la peau*, 1956.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DEITERS (sindromul lui) : **sindromul nucleului lui Deiters.**

Este un sindrom vestibular a cărui individualitate este pusă la îndoială. Este determinat de lezionarea nucleului vestibular lateral al măduvei (nucleul lui Deiters) și a fasciculelor învecinate. Sindromul se manifestă prin aceeași simptomatologie ca și sindromul Ménière, adică prin crize vertiginoase, cu nistagmus, însoțite uneori de grețuri, vărsături, transpirații, cefalee și prostrație. În acest sindrom, cunoscut și sub denumirea de sindromul lui Bonnier, mai există și o hemiplegie alternă și o stare de somnolență ce variază de la o zi la alta. Tratamentul este cauzal și simptomatic.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Edit. Masson C-ie, 1971.
4. Șofletea A. : *Neurologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1967.

DEJEAN (sindromul lui) : **sindromul planșeului orbitar.**

Este un sindrom neurologic determinat în general de un neoplasm al planșeului. Boala se manifestă clinic prin nevralgii importante suborbitare, anestezie în teritoriul maxilarului superior, diplopie și exoftalmie progresivă. Se mai observă adenopatii cervicale, anemie marcată, astenie și caşexie. Prognosticul este grav. Tratamentul constă din citostatice și roentgenterapie.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE (sindromul lui) : **sindromul talamic produs prin deconectarea arterei talamo-geniculate**

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul se caracterizează clinic prin diferite tulburări senzoriale de partea opusă leziunii din nucleul ventral al protuberanței, tulburări ce survin sub formă de crize dureroase intense. Acestea sînt foarte persistente și nu pot fi calmate eficient de nici o substanță medicamentoasă antialgică. În plus, se observă parestezii, hemiplegii temporare, ataxie și asinergie. În unele cazuri, apare așa-zisa „mînă talamică", ce constă dintr-o poziție de extensie a degetelor care sînt dispuse în formă de salut milităresc. Se mai pot observa diferite mișcări coreiforme.

1. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*. Paris, 1914.
2. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II. Editura Medicală, București, 1957.
3. Wilson S.A.K. : *Neurology*, 2nd, Ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE (sindromul lui) : **sindromul interolivar ; sindromul paramedian bulbar Foix ; sindromul Reynold-Revillod-Déjérine.**

Este un sindrom bulbar altern motor determinat de lezionarea porțiunilor anterioare ale bulbului rahidian. Se caracterizează clinic prin hemiparalizia și hemiatrofia limbii de partea leziunii și prin paralizia membrelor de partea opusă leziunii.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*, 1914.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE (sindromul lui) : **claudicația intermitentă spinală a lui Déjérine.**

Este o afecțiune neurologică rară, determinată de obliterarea progresivă a arterelor segmentelor dorso-lombare. Se întîlnește în tromboangeita Buerger și sifilis. Din punct de vedere clinic se caracterizează prin diferite tulburări sfincteriene și o claudicație intermitentă care evoluează spre paraplegie. Sindromul trebuie diferențiat de claudicația intermitentă din obliterarea vaselor membrelor inferioare.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

2. Brown H. A., Post M. E. : *J. Neurology*, 1963, 20, 410.
3. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*, 1914.
4. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II, Editura Medicală, București, 1957.

DÉJÉRINE (boala lui) : **afazia senzorială ; surditatea verbală corticală Wernicke (vezi).**

DÉJÉRINE (sindromul lui) : **alexia.**

Este un sindrom neurologic caracterizat clinic prin cecitatea pură față de litere. Bolnavul nu este capabil să citească, însă vorbirea cu voce tare este menținută. Acest sindrom se datorește lezionării centrului limbajului vizual, care este situat în gyrus angularis.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*, 1914.
3. Wilson S. A. K. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE (sindromul lui) : **surditatea verbală pură ; afazia subcorticală Wernicke (vezi).**

DÉJÉRINE-FOIX (sindromul lui) : **sindromul paramedian Foix ; sindromul bulbar anterior mediobulbar.**

Este o afecțiune neurologică determinată de obstrucția arterelor bulbare centrale. Din punct de vedere clinic, boala se caracterizează printr-o paralizie încrucișată, care interesează nervul sublingual și hemiplegie de partea leziunii. Din cauza paraliziei nervului sublingual se produce o atrofie a mușchilor din jumătatea de limbă afectată.

1. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*, 1914.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, Buc., 1957.
4. Șofletea A. : *Neurologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1967.

DÉJÉRINE-KLUMPKE (sindromul lui) (1885) : **sindromul segmentului inferior al rețelei acromiale din leziunile rădăcinilor C8—D1.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o paralizie a plexului brahial inferior prin lezionarea nervilor C_8—D_1, în care se observă o paralizie a mușchilor antebrațului și a degetelor. Dacă, concomitent este lezionată și ramura comunicantă a simpaticului în primul său segment toracic, atunci se instalează și sindromul Horner (mioză, ptoză și enoftalmos ipsolateral).

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Edit. Masson C-ie.
3. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.
4. Wilson S. A.K. : *Neurology,* 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE-LAVALPIQUECHEF (sindromul lui) : **ataxia pseudospinală alcoolică.**

Este o afecțiune neurologică ce apare la indivizii care consumă cantități importante de băuturi alcoolice, manifestîndu-se prin tulburări ale sensibilității superficiale, a simțului de poziție și ataxie.

1. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE-ROUSSY (sindromul lui) (1906) : **sindromul talamic.**

În hemiplegiile capsulare, cînd se depășesc lezional fibrele motorii ale fasciculului piramidal din capsula internă și se produce și o lezionare a talamusului, atunci tulburările acestuia sînt pe primul plan, fiind incluse în sindromul descris de Déjérine și Roussy în 1906. În acest sindrom, toate simptomele sînt controlaterale în raport cu leziunea. Se prezintă din punct de vedere clinic cu următoarele simptome : hemiplegie sau hemipareză adesea tranzitorie, diminuarea sensibilității superficiale și pierderea sensibilității profunde (hemiataxie), dureri intense la orice excitație sensorială, mișcări coreoatetozice și tremurături și uneori, în cazul lezionării radiației optice a lui Gratiolet, hemianopsie omonimă în pătrat.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.
4. Șofletea A. : *Neurologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1967.

DÉJÉRINE-SOTTAS (boala lui) : **nevrita interstițială hipertrofică.**

Este o maladie familială rară care se caracterizează prin atrofia părților distale ale membrelor, îngroșarea nervilor periferici și dureri cu tulburări ale sensibilității, ataxie. Boala debutează în copilărie. Din punct de vedere anatomopatologic se găsește o nevrită interstițială cronică cu hipertrofia nervilor periferici și a rădăcinilor posterioare, atrofia coarnelor anterioare ale măduvei și a cordoanelor posterioare. La examenul microscopic, se observă o umflare caracteristică tecilor nervoase. Din punct de vedere biologic, s-a observat o scădere importantă a cerebrozidelor datorită demielinizării fibrelor nervoase. Cauza acestei anomalii pare a fi un deficit sistemic care interesează metabolismul ceramidelor dihexoside-sulfați și a altor sulfatide neidentificate.

1. Dick P. J., Ellefsen R. D. : *Mayo Clin. Proc.*, 1970, 45, 4, 286–327.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Masson C-ie, 1963.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine*, Masson C-ie Paris, 1955.

DÉJÉRINE-MOUZOUN (sindromul lui) : **sindromul circumvoluției parietale ascendente.**

Este un sindrom neurologic determinat de lezionarea circumvoluției parietale ascendente. Se caracterizează clinic prin tulburări ale sensibilității tactile, vibratorii și dureroase pe hemicorpul opus.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. edit. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie. 1971. Paris.

DÉJÉRINE-SOUQUES-SICARD (sindromul lui) (1912—1914) : **sindromul neîntrerupt al nucleului geniculat.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea nucleului geniculat. Se caracterizează clinic prin dureri acute auriculare, apariția unor vezicule herpetice în regiunea Hunt sau pe cele 2/3 anterioare ale suprafeței limbii și pierderea, în această zonă, a senzației gustative. Se mai observă de asemenea tulburări de sensibilitate în regiunea lui Hunt și la nivelul lobului urechii.

1. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux*, Paris, 1914.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, București.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Williams and Wilkins, 1955.

DÉJÉRINE-ANDRÉ THOMAS (boala lui) (1900) : **atrofia olivo-ponto-cerebeloasă.**

Este o formă clinică de ataxie cerebeloasă cu o etiologie neclară. Au fost incriminate alcoolismul, sifilisul, etc. Histopatologic se constată o atrofie și o demielinizare cu reacție glială a cerebelului și a olivelor. Boala debutează la membrele inferioare extinzîndu-se apoi la cele superioare printr-o ataxie cerebeloasă tipică. Concomitent, se observă și tulburări de micțiune. Semnul lui Babinski, hipotonie musculară și modificări ale reflexelor osteo-tendinoase, caracterizează aspectul clinic al bolii. Ulterior, se instalează o stare demențială sau chiar un sindrom extra-piramidal. Prognosticul este infaust ; moartea survine în cîțiva ani prin boli intercurente. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Déjérine J. : *Sémiologie des affections du système nerveux.*, 1914.
2. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*, München-Berlin, 1951.

DELBANCO (boala lui) (1889) : **heterotopia glandelor sebacee ; glandele sebacee heterotopice ale mucoasei cavității bucale ; pseudocoloid.**

Este o boală caracterizată prin prezența de glande sebacee aberante pe buze și pe fața in-

Scanned with OKEN Scanner

ternă a obrajilor, ce par la prima vedere ca niște grăunțe de culoare gălbuie. În afară de acestea, bolnavii nu acuză nici un alt simptom. Boala se datorește unui defect de dezvoltare.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
2. Fordyce J. A. : *J. Cut. Dis.*, 1896, 14, 413.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

DELBANCO (sindromul lui) : **crauroza glandului și prepuțului penisului.**

Este o afecțiune ce se manifestă clinic prin atrofia progresivă a glandului și a lamei interne a prepuțului, stricturarea orificiului extern al uretrei și pete leucoplazice. Boala se datorește unei activități a glandelor genitale, care determină mai întîi inflamația și apoi atrofia și scleroza progresivă a glandului și prepuțului. Nu are tratament.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, 1967.
2. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*, München-Berlin, 1951.
3. Zienkiewicz A. : *Pol. Gaz. lek.*, 1936, 243.

DE LEE (sindromul lui) : **sindromul distociei-distrofiei.**

Este o afecțiune determinată de o sarcină supramaturată sau de o angajare înaltă a capului fetal, care împiedică nașterea pe cale naturală a fătului viu. De obicei, acest fenomen apare concomitent cu o simptomatologie de distrofie adiposo-genitală. Rezolvarea sarcinii se face numai prin intervenție chirurgicală.

1. Beck A. C., Rosenthal A. H. : *Obstetrical Practice*, ed. VII-a, Williams and Wilkins, 1958.
2. Benson R. C. : *Handbook of Obstetrics and Gynecology*, Lange 1966.
3. Williams B. : *J. Obst. Gynec. Brit. Surg.*, 1942, 49, 412.

DEMAGE-OPPENHEIM (boala lui) : **paraplegia spastică senilă ; paraplegia bătrînilor Lhermite ; paralizia transversă spastică senilă.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea căilor piramidale printr-un proces cro-

Scanned with OKEN Scanner

nic aterosclerotic, care duce la obstrucție vasculară, ischemie și apoi degenerescența acestor elemente nervoase. Boala este frecventă mai ales la bătrîni și în special la sexul masculin. Paralizia interesează numai extremitățile inferioare.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. McAlpine D. : *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 1 029.

DEMONS-MEIGS (sindromul lui) (1900—1935) : **fibrom ovarian cu ascită și hidrotorax.**

Descris în 1887 de Demons și redescoperit în 1935 de Meigs, sindromul se caracterizează prin prezența unei tumori benigne a ovarului, epanșament pleural și ascită. Elementul principal al bolii îl constituie tumoarea ovariană, care evoluează latent și se poate depista cu ocazia unei ascite sau pleurezii inexplicabile. Patogenia rămîne misterioasă. Seducătoare este teoria secretorie, care admite că un factor humoral secretat de tumoare ar influența la distanță celulele pleurei și ale peritoneului. Boala este curabilă după ablația tumorii.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Lampin G. : *Thèse de Médecine*, Lille, 1969.
3. Ribet M., Ramon P., Wallaert C., Latreille J. P., Gosslin B. : *Lille Méd.*, 1970, 15, 6, 979.

DENGUE (febra Dengue) : **febra roșie ; dandy-fever.**

Este o boală febrilă acută, datorită unui virus inoculat de către un țînțar, caracterizată printr-un debut brusc cu cefalee, febră, prostrație, algii auriculare și musculare, leucopenie și o erupție urticariană sau morbiliformă sincronă cu apariția febrei. Boala este determinată de un virus, care se poate pune în evidență în sîngele bolnavului începînd din prima zi de maladie pînă în a 4-a săptămînă, fiind transmis omului de țînțarul „aedes aegypti" sau „aedes albopictus". Virusul aparține grupului ARBOR B. Perioada de incubație este de 3—15 zile. Curba febrilă este bifazică : faza inițială durează 3—4 zile ; remisiune de cîteva ore pînă la 2 zile ; faza a 2-a durează 1—2 zile. Bolnavii prezintă astenie accen-

Scanned with OKEN Scanner

tuată. Pot apărea complicații : pneumonie, orhită, ovarită, etc. Prognosticul este în general, bun. Mortalitatea este foarte mică. Convalescența este, în schimb, foarte lungă. Nu are tratament specific.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, 1969.
2. Halstead S. B. : *Yale J. Biol. Med.*, 1965, 37, 434.
3. Hammon W., și colab. : *Trans. Assn. Am. Physicians*, 1960, 73, 140.
4. Rowan L. C. : *M. J. Australia*, 1957, 44, 530.

DENT (boală) : **diabetul fosfatic cronic solitar cu glicinurie și debut intra sau postpubertar.**

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, București, 1965.
2. Reubi F. : *Néphrologie clinique.* Edit. Masson C-ie, 1961.

DÉNUCÉ (boala lui) : **inflamația posttraumatică a tendonului lui Achile ; boala lui Schanz-Dénucé. (Vezi).**

DERCUM (boala lui) (1892) : **adipozis dolorosa; fibrolipomatoza dureroasă ; endocrinopatia poliglandulară ; boala lui Anders ; lipomatoza difuză simetrică.**

Este o lipomatoză caracterizată prin lipoame dureroase, multiple, circumscrise, subcutanate sau neurolipoame. Sediul lor este gîtul, trunchiul și umerii. Respectă capul. Boala se întîlnește cel mai frecvent la femei în jurul menopauzei. Nodulii sînt dureroși la palpare ; ei pot să dispară spontan. Etiologia este necunoscută, probabil endocrină. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Dercum C., Somerville P. : *Lipomas.* Lancet, 1952, 2, 997.
2. Milcu Șt. : *Endocrinologia clinică*, Edit. Medicală, București, 1967.
3. Wakeley C., Somerville P. : *Lancet*, 1952, 2, 997.

DERRICK-BURNETT (boala lui) (1937) : **pneumorickettsioza ; febra Q ; febra de șapte zile de Quensland ; gripa balcanică.**

Boala lui Derrick-Burnett este cauzată de Coxiella burnetti, o rickettsioză cu infecțiozitate mare și cu o viabilitate excepțională, ce se transmite la om pe cale respiratorie (inhalare de aero-

soli sau praf infectat), precum și prin ingerare de lapte infectat. Rickettsiile se răspîndesc prin urină, fecale, placentă și lichidul amniotic al oilor, caprelor și vacilor infectate, mult mai rar prin materiile fecale ale căpușelor depuse pe pielea animalelor. Debutul bolii este brusc, după o perioadă de incubație de 14—26 zile, prin indispoziție, frisoane, febră, roșeață intensă a feței, cefalee, tuse persistentă, cu semne fizice reduse. Caracteristică este durerea retrobulbară a ochilor. Evoluția bolii este, în general, ușoară; în unele cazuri ea este mai gravă amintind prin simptomatologie bruceloza nervoasă. Boala durează 10—15 zile. În unele cazuri, convalescența poate fi mult prelungită. Tratament: tetraciclina.

1. Gallacher W. H.: *J.A.M.A.*, 1961, 177, 187.
2. Grist N. R.: *Diagnostic methods in clinical virology*. Davis, 1966.
3. Rivers T. M., Horsfall F. L.: *Viral and rickettsial infections of man*. 3rd. ed. Lippincott, 1959.

DESSAULT (boala): **fractura lui Dessault; fractura trimaleolară.**

Este o varietate de fractură Dupuytren, cu fractura complementară a suprafeței anterioare sau posterioare a tibiei.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther Sibiu, 1948.
2. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
3. Quervain F. De: *Spezielle chirurgische Diagnostic*, Berlin, 1931.

DEUTSCHLANDER (boala lui) (1921): **fractura de efort; fractura de marș; fractura de oboseală; piciorul forțat.**

Este o fractură spontană a metatarsienelor II—III sau IV, produsă în urma unui traumatism minim și mai ales, după un efort deosebit de mers. Fractura este mai frecvent întîlnită la recruți, la începutul serviciului militar și la femei, cînd sînt obligate să facă eforturi mari de mers. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin edem important, durere la nivelul piciorului și hiperemia tegumentelor. La examenul fizic se constată o durere vie la compresiunea capului oaselor metatarsiene dinspre fața lor plantară.

Scanned with OKEN Scanner

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DÉVÉ (sindromul lui) : **hidaticoza secundară.**

Este un sindrom clinic mai frecvent întîlnit în America de Sud și mult mai rar în Europa și Asia. Se datorește unei rupturi a unui chist hidatic pulmonar sau hepatic și însămînțarea lui secundară în alte regiuni ale organismului. Boală gravă atît din cauza hidatiozei cît și a complicațiilor pe care le produce. Tratamentul este foarte dificil și ineficace.

1. Aquilina J. T., Chun Y. E. : *Am, J. Gastroenterol,* 1965, 43, 334.
2. Echinococosis (editorial) : *Ann. int. med.,* 1960, 52, 464.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Szyfres B., Kagan I. J. : *J. Parasitol.,* 1963, 49, 69.

DESTOT (boală) : **fractura intra-articulară prin eclatarea extremității inferioare a radiusului, datorită pătrunderii condilului carpian.**

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostic,* Berlin, 1931.

DEVERGIE (boala lui) (1957) : **pitiriazis roșu pilar ; lichenpsoriazisul lui Hutchinson ; lichenul roșu acuminat al lui Kaposi.**

Este o dermatoză cu debut în copilărie sau la adultul tînăr, ce se manifestă clinic prin apariția unor tuberculi perifoliculari mari, plini cu material cornos, la nivelul fețelor extensoare ale degetelor mîinii (mai ales la nivelul falangelor bazale și mijlocii), pe extremități și pe față. În forma eritrodermică a bolii lui Devergie, procesul patologic cuprinde o mare suprafață cutanată ; palmele și plantele devin hiperkeratozice, părul de pe cap cade. Se pare că afecțiunea este

Scanned with OKEN Scanner

determinată de o tulburare funcțională hepatică. În cursul evoluției bolii, se observă o diminuare a cantității de vitamina A din sînge și alterarea testelor funcționale hepatice. Tratamentul este dificil și fără efecte terapeutice prea importante.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V-a, Saunders.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

DEVIC (boala lui) (1894) : **neuromielita optică acută.** Este o mielită difuză, de etiologie necunoscută, care este precedată sau întovărășită și urmată de o nevrită retrobulbară. Neuropatia optică este o papilită bilaterală tipică. Din punct de vedere histologic, leziunea se aseamănă cu scleroza în plăci. Boala ia deseori o evoluție fatală în cîteva săptămîni sau cel mult, în cîteva luni. Bolnavii se pierd prin paraplegie, tetraplegie și tulburări disociate ale sensibilității.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*. W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique*. Ed. Masson C-ie, 1963.
3. Kapamadzija B., Postic D. : *Med. Przegl.*, 1959, 12, 227.
4. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, 1957, Edit. Medicală, București.

DEVIC-BUSSY (sindromul lui) : **polipoza jejuno-colică asociată cu alte anomalii.** Este un sindrom clinic caracterizat prin existența concomitentă a unei polipoze jejuno-colice cu chisturi și fibroame ale țesuturilor moi, osteoame și adenoame glandulare (tiroidă sau corticosuprarenală). Simptomatologia clinică este complexă și se datorește cumulării tuturor simptomelor specifice fiecărei anomalii. Afecțiunea are caracter congenital.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*, New York, 1960.
2. Herbeuval R., Dornier R., Charles J. M. : *Bull. Ass. Nord-Lothar. Gastro*, 1966, 2, 24–29.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*, München-Berlin, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

DIAMOND-BLACKFAN (boala lui) (1936) : **anemia cronică congenitală aregenerativă ; anemia congenitală aplastică ; boala lui Joseph-Diamond-Blackfan.**

Este o afecţiune hematologică congenitală ce se întîlneşte la sugar, caracterizată clinic prin anemie hipocromă lent progresivă, cu absenţa reticulocitelor. În măduva osoasă se remarcă o creştere importantă a procentului de limfocite şi de celule reticulare, cu limitarea funcţiei hematopoietice. Etiologia bolii este necunoscută, iar prognosticul defavorabil. Copiii atinşi de această boală prezintă şi o întîrziere în dezvoltarea fizică şi psihică şi hipogenitalism.

1. Diamond L., Blackfan K. : *Am. J. Dis. Child.*, 1938, 56, 464.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical hematology.* Lea and Febiger, Phil., 1961.

DE TONI (sindromul lui) : **sindromul dismetabolic şi disendocrinian.**

Este o nefropatie congenitală caracterizată printr-o nefrocalcinoză cu acidoză metabolică, rahitism tardiv şi sindrom adiposo-genital. Glicozuria din acest sindrom se realizează printr-o tulburare tubulară renală determinată genetic. Inhibarea resorbţiei glucozei tubulare nu priveşte numai glucoza, ci se extinde şi asupra fosfaţilor şi aminoacizilor, elemente care se găsesc de asemenea în exces în urină, coexistînd clinic şi cu multiple manifestări osoase. Sindromul este foarte rar. Simptomele sînt acele din rahitism şi osteomalacie, cu slăbire, dureri sau jenă în membrele inferioare şi în coloana vertebrală, tetanie. Cu timpul, survine deformarea oaselor, incurbarea oaselor lungi, cifoscolioză şi la copii, rahitism. Nefrocalcinoza cu fosfaturie excesivă precede insuficienţa renală. Glicemia este normală, calcemia normală sau scăzută, fosforul seric este diminuat, iar fosfataza alcalină în ser, crescută. În urină, în afară de glucoză se găsesc cantităţi crescute de calciu si fosfor. Tratamentul constă din administrarea de vitamina D_2 şi calciu.

1. Efron M. L. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1058.

Scanned with OKEN Scanner

2 Relman A. S., Levinsky N. G. : *Ann. Rev. Med.*, 1961, 12, 93.
3. Stanbury J. B., Wyngaarden J. B., Fredrickson D. S. : *The Metabolic Basis of Inherited Disease*, 2nd. ed. Blackiston, 1966.

DE TONI-FANCONI-DEBRÉ (sindromul lui) : **tulburări multiple ale funcţiilor tubulare ; boala lui Abderhalden-Fanconi ; sindromul lui Lignac-Fanconi.**

Este o afecţiune cauzată de perturbarea ereditară de tip recesiv a metabolismului acizilor aminaţi, a căror desaminare nu se face normal. Protidele anormale după ce trec prin glomerul sînt reabsorbite de către tubi provocînd leziuni glomerulare (albuminurie) şi tubulare (hiperfosfaturie, rahitism renal, diabet renal). Clinic, boala se caracterizează prin aminoacidurie, fosfaturie, glicozurie şi un oarecare grad de acidoză renală tubulară. Simptomul clinic cel mai important este osteomalacia. Histopatologic, se remarcă degenerescenţa tubulară, prezenţa de cristali de cistină în sistemul reticulo-endotelial al splinei, al ganglionilor limfatici şi în măduvă. Prognosticul este rezervat. Rareori, copiii atinşi de această boală depăşesc vîrsta de 10 ani. La adulţi, prognosticul depinde de afecţiunea cauzală iniţială. Tratamentul constă din înlocuirea cationilor pierduţi, vitamina D şi soluţii neutre de fosfaţi mono sau disodici.

1. De Toni G. : *Acta Paediat.*, 1933, 16, 470.
2. Efron M. L. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1058.
3. Efron M. L. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 1107–1113.
4. Leading article : *Renal tubular acidosis.* Lancet, 1961, 1, 92–95.
5. Wilson D. R., Yendt E. R. : *Am. J. Med.*, 1963, 35, 487.

DIAZ (boala lui) (1804) : **osteocondrita osului calcaneu.**

Este o afecţiune osoasă ce constă din necroza aseptică a calcaneului, probabil de origine traumatică, ce se întîlneşte cel mai frecvent la copii, în jurul vîrstei de 6—12 ani. Tratament ortopedic şi chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecţiuni osoase.* Edit. Welther Sibiu, 1948.

Scanned with OKEN Scanner

2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
3. Quervain F. De. : *Spezielle chirurgische Diagnostic*, Berlin, 1931.

DIDE-BOTCARO (sindromul lui) (1902) : **ramoliția bilaterală a lobului occipital.**

Este o afecțiune neurologică determinată de focare de ramoliție bilaterală a lobului occipital. Boala se traduce clinic prin amnezie de fixație, confabulație, pierderea capacității funcționale de localizare și cecitate verbală pură.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie* edit. Masson C-ie, 1971.
3. Wilson S .A. K. : *Neurology*, 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.

DIETERLÉ (sindromul lui) (1906) : **mixedemul congenital.**

În mixedemul congenital se pot întîlni osteoze condensate caracterizate printr-o hiperdensitate osoasă, fără lărgire metafizară mai accentuată la nivelul craniului. Boala se poate întovărăși, în afară de mixedem și de tulburările osoase de mai sus, și de nefrocalcinoză. Leziunile osoase se ameliorează prin tratament hormonal.

1. Durant J., Vignon G., Maitrepierre J., Magard M., Calvel V. : *Rev. Lyonnaise* Méd., 1960, 9, 671–684.
2. Fauré C. : *Rev. Rhum.*, 1965, 32, 683–692.
3. Louyot P. : *Rev. Prat.* 1971, XXI, 23, 3401.

DIGTON (boala lui) : **osteopsatiroza cu surditate ; boala lui Hoewe (sindromul lui Van der Hoewe) (1916) (vezi).**

DI GUGLIELMO (boala lui) : **eritromieloza acută ; eritremia acută ; mieloza eritremică acută.**

Afecțiune descrisă în 1917, apare mai ales la sugar și copil și se caracterizează clinico-biologic prin hepato-splenomegalie, anemie gravă cu febră intermitentă și diateză hemoragică. În sîngele periferic se observă o eritroblastoză foarte accentuată. În măduva osoasă, splină și ficat, se observă o intensă hiperplazie a țesutului eritropoietic. Boala este extrem de rară. Proliferarea seriei roșii în organele hematopoietice reprezintă un fapt analog cu proliferarea seriei albe în leucemiile acute. Între aceste două afecțiuni, exis-

Scanned with OKEN Scanner

tă de altfel, forme de tranziţie. Bolnavii prezintă pusee febrile, anorexie, oboseală, artralgii. Ulterior, anemia şi manifestările hemoragice domină tabloul clinic. Prognosticul este infaust; toate mijloacele terapeutice nu au decît un efect tranzitoriu.

1. Hegglin R.: *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*, G. Thieme, Stuttgart, 1963.
2. Heilmeyer L.: *Internist* (Berlin), 1960, 1, 223.
3. Huhn D. şi colab.: *Deutsch. Med. Wschr.*, 1973, 98, 8, 355.
4. Schulten H.: *Differentialdiagnose der Anämien*. G. Thieme, Stuttgart.

DIMMER (boala lui): **distrofia corneei; boala lui Biber (vezi).**

DIMMER (boala lui) (1905): **inflamaţia numulară a corneei; boala lui Dimmer-Stellwag.**

Este o afecţiune oculară determinată de apariţia de modificări la nivelul corneei sub formă de opacifieri rotunde, cu centrul mai alb şi cu tendinţă de unire, care apar fără o inflamaţie prealabilă a conjunctivei. Boala se aseamănă cu sindromul de inflamaţie a corneei descris de Fuchs.

1. Pillat A.: *Amer. J. Ophtalm.*, 1957, 43, 4/II, 58.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, 1970, Paris.
3. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

DIVRY (sindromul lui): **angiomatoza difuză cortico-meningee; sindromul lui Van Bogaert-Divry.**

Este o afecţiune ce face parte din grupul displaziilor neuro-ectodermice sau a facomatozelor, maladii adesea ereditare, ce atrag în sfera lor de lezionare, mai ales pielea şi sistemul nervos. Se manifestă clinic prin poikilodermie cu teleangiectazie, oligofrenie, epilepsie, hemianopsie, tulburări piramidale şi extrapiramidale. Nu are tratament.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes*. New-York, 1960.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, 1970, Paris.

DIX-HALPIKE (sindromul lui): **neuropatia trigeminală.**

Neuropatia trigeminală este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea celui de al 8-lea nerv cranian. Această lezionare poate fi determinată cel mai adesea de un neurinom acustic. Se manifestă din punct de vedere clinic prin tulburări vestibulare. Evoluția bolii este progresivă și tratamentul este numai chirurgical. Prognosticul este grav.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology,* 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Goldstein N. P., Gibilisco J. A., Rushton J. G.: *J.A.M.A.,* 1963, 184, 458.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology,* 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

DIEULAFOY (boala lui): **exulcerația simplă (exulceratio simplex).**

Este o ulcerație gastrică, ce evoluează acut și brutal, manifestîndu-se clinic prin hematemeză abundentă, care survine în plină sănătate, fără a fi precedată de simptome prodromice. Hematemeza poate fi fulgerătoare ducînd la moartea individului. De obicei, ea poate recidiva. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, 1969.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DIOGO-FURTADO-ALVIM (sindromul lui) (1945—1948): **polimiozita cu formă pseudomiopatică.**

Este o afecțiune caracterizată printr-o atingere progresivă a mușchilor și mai puțin a pielii. Este o boală foarte rară, ce se întîlnește în egală măsură la bărbat și la femeie, între 20—40 ani. Lezionarea musculară poate fi după caz difuză sau localizată. Mușchiul lezionat este ușor dureros la palpare și dur. În timpul puseelor evolutive, mișcările spontane pot fi dureroase, iar forța musculară diminuată. Reacțiile electrice galva-

Scanned with OKEN Scanner

nice și faradice sînt calitativ normale. La fel și cronaxia. Electromiograma este anormală. Boala evoluează în pusee succesive și duce la moarte în 50% din cazuri, în cîțiva ani după punerea diagnosticului, prin infecții intercurente sau degenerări maligne.

1. Everett M. A., Curtis A. C. : *Arch. Int. Med.*, 1957, 100, 70.
2. Pearson C. M. : *Ann. Int. Med.*, 1964, 59, 827.
3. Walton J. N., Adams R. D. : *Polymyositis*. Williams and Wilkins, 1958.

DOAN-WRIGHT (sindromul lui) (1946) : **panhematopenia splenică.**

Este o boală extrem de rară, care se întîlnește de obicei la femei și adulții tineri. Este o hemopatie caracterizată printr-o anemie cu trombocitopenie și splenomegalie. Prognosticul este foarte sever. Splenectomia nu duce la vindecare.

1. Bucher H. : *Päd. Fortbildungskurse*, 1964, 11–12, 87.
2. Heilmeyer L. : *Internist*, 1960, 1, 223.
3. Popescu Elvira : *Oftalmologia*, Buc., 1972, 16, 2, 143–148.
4. Popescu R. E. : *Hematologia clinică*. Edit. Medicală Buc., 1966.

DOIG-MAC LAUGHLIN (sindromul lui) (1936) : **miliara sudorilor cu arc voltaic.**

Este o pneumopatie de obicei benignă și curabilă, care survine la muncitorii ce întrebuințează pentru sudură arcul voltaic. Din această cauză, acest sindrom poartă și termenul de miliara sudorilor cu arc voltaic. Se manifestă clinic prin febră, tuse, expectorație mucoasă și dureri toracice difuze. Boala evoluează subcutanat timp de 2—3 săptămîni, după care, fenomenele morbide dispar.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New-York, 1960.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest*., 2nd. ed. Saunders, 1963.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Leiber B. : Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

DOEHLE-HELLER (boala lui) (1885) : **mezaortita luetică ; boala lui Heller-Doehle.**

Mezaortita luetică reprezintă o inflamaţie cronică de natură specifică a mezaortitei, ce se observă mai ales la bărbaţi şi la o vîrstă mai înaintată. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin senzaţia de constricţie în regiunea precordială sau retrosternală. La examenul obiectiv al aortei se observă o pulsaţie la nivelul furculiţei sternale şi la nivelul spaţiului I—II intercostal drept. În afară de aceasta, se remarcă un suflu sistolic în focarul de ascultaţie al aortei cu propagare spre gît, sgomotul II întărit, clacant şi clanguros. Tensiunea arterială este normală. La examenul radiologic, se constată o dilatare accentuată a arcului aortic, cu pulsaţii mai accentuate. Tratamentul este cel antiluetic : penicilina.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne.* ed. XI, Edit. Medicală, Buc., 1969.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Rybacki T. : *Wiad. Lek.*, 1956, 22, 1033.

DOHIE (boală) (1934) : **acropigmentaţia simetrică ; discromatoza simetrică ereditară Toyama ; leucopatia punctată şi reticulară simetrică.**

Este o dermatoză ce se caracterizează clinic prin prezenţa unor pete pigmentate la nivelul feţei dorsale a mîinilor şi picioarelor, al articulaţiilor radio-carpiene şi maleolare şi mai rar pe trunchi. Acestea se întovărăşesc în acelaşi timp de o depigmentare reticulată sau în focare şi cu prezenţa de efelide pe faţă. În unele cazuri, se constată de asemenea o dilatare a vaselor retiniene şi o dezvoltare intelectuală insuficientă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Gartmann W. : *Dermat.*, Wissenschaft, 1952, 125, 534.
3. Lutz H. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957, p. 168.

Scanned with OKEN Scanner

DOLLINGER-BIELSCHOWSKY (boala lui) : idioţia amaurotică familială infantilă tardivă tip Dollinger-Bielschowsky.

Idioţia amaurotică face parte dintr-un grup de maladii ereditare degenerative ale sistemului nervos, caracterizate prin întîrziere mintală, semne de localizare piramidală şi extrapiramidală şi tulburări de vedere, care duc la cecitate. Histopatologic, acest grup de maladii se caracterizează prin tulburări de mielinizare şi de degenerescenţa celulelor ganglionare cerebrale şi retiniene, care sînt umplute cu o substanţă lipoidică, cu structură asemănătoare sfingomielinei şi cerasinei. Boala lui Dollinger-Bielschowsky este forma familială infantilă tardivă a idioţiei amaurotice. Ea se deosebeşte de celelalte forme clinice prin faptul că apare la copii în vîrstă de 3—4 ani şi că duce la moarte prin paralizie bulbară în cîţiva ani de la debutul ei.

1. Bigler J. A. şi colab. : *Pediatrics*, 1959, 23, 644.
2. Dent C. E. : *Am. J. Med.*, 1957, 22, 671–783.
3. Duncan G. G. : *Diseases of Metabolism*, ed. V, W. B. Saunders, 1964.
4. Hsia D. Y.–Y. : *Inborn errors of metabolism*. Year Book, 1966.

DONATH-LANDSTEINER (sindromul lui) : hemoglobinuria paroxistică a frigore clasică ; boala lui Harley.

Este o afecţiune hematologică caracterizată prin crize de hemoliză, care survin în caz de răceală. În ceea ce priveşte etiologia, se pare că sifilisul terţiar joacă un rol preponderent, deşi există şi forme nesifilitice. Boala este determinată de fixarea hemolizinelor la rece ; hemoliza nu se produce la cald. În timpul expunerii la rece, se produce o combinare a hemolizinelor cu complementul şi hematiile. Acest fapt determină hemoliza şi creşterea cantităţii de hemoglobină din ser. Tabloul clinic din timpul crizelor hemoglobinurice se manifestă prin febră, frisoane, curbatură şi uneori, chiar pierderi temporare ale cunoştinţei. Urinele sînt intens colorate în roşu, din cauza hemoglobinei (hemoglobinurie). Biologic, boala se caracterizează prin anemie, hemoglobinurie, cilindrurie şi pozitivitatea testelor lui Landsteiner-Donath şi Coombs. Tratamentul constă din medicaţie antiluetică, vitamina C şi calciu.

Scanned with OKEN Scanner

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie*, Thieme, 1961.
2. Dameshek W. : *Hemolytic anemia*. Amer. J. Med., 1955, 18, 315.
3. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*, Editura Medicală București, 1969.
5. Popescu R. E. : *Hematologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1966.

DOUTREPONT-HALLOPEAU (sindromul lui) : **tuberculoza framboesiană ; tuberculoza fungoasă a lui Riehl (vezi).**

DONDERS (boală) : **glaucomul.**

Este o entitate care grupează o serie de stări patologice, caracterizate clinic prin hipertensiune intraoculară și leziuni vasculare, care duc la o atrofie progresivă a nervului optic. Boala are caracter grav ; netratarea ei la timp duce la pierderea vederii. Există două forme de glaucom : glaucomul primar sau primitiv și glaucomul secundar. Atacul acut de glaucom se manifestă clinic prin dureri vii oculare și perioculare, cu iradieri în hemicraniul respectiv, cefalee. Scăderea vederii este la început moderată, apoi, totală. Bolnavii mai pot prezenta și grețuri. Atacul de glaucom acut numai rareori poate retroceda spontan. După acest atac pot rămîne sechele : midriază persistentă și zone de atrofie iriană, mai decolorate, cenușii. Tensiunea oculară este crescută, vasele retiniene făcînd unghi la marginea papilei, care poate prezenta un mic halou de degenerescență coroidiană. Din punct de vedere clinic, glaucomul se împarte în : glaucom cronic iritativ sau congestiv, glaucom cronic simplu și glaucom absolut. Acesta din urmă apare după o evoluție lentă de 10—15 ani. Tratamentul este etiologic, medicamentos (pilocarpină, ezerină, derivații colinei și ai aminelor etc.) și chirurgical.

1. Kettesy A. : *Klin. Montblatt Augenheilk.*, 1972, 160, 1–6.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

DONZELOT (boala lui) : **ciroza cardiacă bronzată.**

Este o afecțiune hepatică caracterizată printr-o hepatită scleroasă hipertrofică, melanodermie și diabet. Simptomatologia clinică este determinată de fiecare proces patologic care determină apariția acestei entități nosologice, cu evoluție progresivă și gravă. Nu are tratament specific.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Teodorescu B. : *Cardiologia,* vol. I–II, Editura Medicală, Buc., 1965.

DOTT-OBRADOR-ALADE (sindromul lui) (1936) : **hemoragia meningiană a tinerilor ; meningita idiopatică.**

Este o hemoragie meningiană de origine neclară, denumită și hemoragie leptomeningiană idiopatică, sau prin ruptura unui anevrism al arterei cerebrale. Boala apare la tineri, în mod spontan. Lipsește hipertensiunea arterială ; bradicardie, alungirea intervalului Q—T pe electrocardiogramă. Prognostic grav. Tratamentul este neuro-chirurgical.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Editura Medicală București, 1969.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

DÖRING (boală) : **panencefalita ; encefalita subacută cu incluzii a lui Dawson ; leucoencefalita subacută sclerozantă van Bogaert.**

Boală cu etiologie necunoscută, leucoencefalita, subacută sclerozantă a lui Van Bogaert se manifestă clinic prin apraxie, agnozie, mutism și fenomene de excitație kinetică. Simptomele de mai sus se întovărășesc de manifestări piramidale și tulburări psihice.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology,* ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.
4. Șofletea A. : *Neurologia clinică.* Edit. Med. Buc., 1967.

Scanned with OKEN Scanner

5. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală Buc., 1967.

DOWN (sindromul lui) : **mongolism ; idioția mongoloidă.**

Face parte din marele grup al anomaliilor congenitale ale sistemului nervos. Idioția mongoloidă este mai frecventă la copiii femeilor primipare și la cele care au ajuns la termenul perioadei lor de fecundare. Din această cauză se invocă, în afară de factorii constituționali, posibilitatea nidării patologice a oului printr-o insuficiență ovariană maternelă. Din punct de vedere clinic, copiii cu idioție mongoloidă se prezintă cu poziția ochilor în jos și înăuntru, nasul lat și plat, limba mare și fisurată, craniul mic și alte anomalii congenitale cum ar fi : hipogonadism, bradidactilie, hipotiroidie sau chiar malformații cardiace.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
2. Konzewaja N. G. și colab. : *Pediatria* (Moscova), 1972, 51, 3, 53.
3. Valenti C., Schutt E. J., Kehaty T. : *Lancet,* 1968, 2, 220.

DOYNE (boală) : **inflamația în picătură a corneei.**

Este o afecțiune oftalmologică ce se caracterizează prin depunerea unor precipitate pe fața anterioară a corneei. Aceste precipitate îmbracă forma unor mase cenușii, mici și rotunde. În afară de aceste simptome se mai observă de asemenea și procese importante de keratită. Afecțiunea este extrem de rară.

1. Kozlowski B. : *Klinika Oczna,* 1919, 28, 49.
2. Pajtas J. : *Ophtalmological* (Basel), 1957, 134, 101.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie Paris, 1969.

DOYNE (boala lui) : **coroidita în fagure de miere familială ; degenerescența în fagure de miere a lui Hutchinson (1876).**

Boală cu etiologie necunoscută, coroidita lui Doyne se caracterizează prin inflamația simetrică centrală a membranei vasculare, cu aspect de mozaic sau în fagure de miere și prin diminuarea adaptării la întuneric. Histopatologic, afecțiunea se caracterizează printr-o neoformație de țesut vi-

Scanned with OKEN Scanner

tros asemănător verucilor. Ulterior, se produce o atrofie completă a petei galbene, cu o diminuare moderată a acuității vizuale. Boala este asemănătoare sindromului lui Stargardt (degenerescența juvenilă familială a petei galbene). Boala apare în jurul vîrstei de 15 ani.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Kozlowski B. : *Klinika Oczna,* 1958, 28, 49.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

DOYNE-HENNEYCOMB (boală) : **coroidita lui Doyne-Henneycomb.**

Este o afecțiune oftalmologică caracterizată prin prezența unei degenerescențe maculare, de aspect discoid și ușor reliefat. Leziunile au un reflex neregulat și difuz.

1. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1969.

DR (sindrom) : **sindromul determinat de fenotipul caracteristic al cromosomului D în inel.**

Sindromul Dr, determinat de fenotipul caracteristic al cromosomului D în inel, se caracterizează printr-o microcefalie extremă, exagerarea masivului frontal pe linia mediană cu ștergerea șanțului naso-frontal, microftalmie, anomalii de conformație ale pavilionului urechii, ceafa plată, hipotrofie și debilitate mintală severă.

1. Bain A. D., Gauld I. K. : *Lancet,* 1963, 2, 304–305.
2. Lejeune J. : *Ann. Génét.* 1968, 11, 71–77.
3. Turner B. : *Proc. Aust. Ass. Neurol.,* 1963, 1, 41–42.

DRESBACH (sindromul lui) (1904) : **anemia cu celule falciforme ; eliptocitoza ; ovalocitoza.**

Este o anomalie ereditară și constituțională, destul de rar întîlnită, ce se caracterizează prin prezența de ovalocite în proporție de 80—90%. Acestea se întîlnesc în sîngele periferic ; aspectul morfologic al măduvei osoase este normal. Acest fapt sugerează că ovalocitele ar lua naștere în sîngele periferic. Bolnavii nu prezintă din punct

Scanned with OKEN Scanner

de vedere clinic, nici un fel de tulburări. Nu are tratament. Prognostic ad vitam bun.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Naegeli O. : *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik,* Berlin, 1931.
3. Schoen R. W., Tischendorf W. : *Klinische Pathologie der Blutkrankheiten,* G. Thieme, Stuttgart, 1950.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology,* Phil., 1947.

DRESSLER (boala lui) (1854) : **hemoglobinuria paroxistică ; boala lui Harley.**

Este o afecţiune mai frecventă la copii şi adulţii tineri, ce apare îndeosebi după o răceală sau efort fizic. Se manifestă clinic prin febră, frisoane, cefalee şi dureri lombare. Urina, în această perioadă de timp, are o coloraţie brun-închisă din cauza unei cantităţi crescute de hemoglobină liberă, care se transformă rapid în methemoglobină. Durata acestei crize este de 12—14 ore, după care totul reintră în normal. După criză se observă o coloraţie subicterică a tegumentelor, hiperbilirubinemie, hepato şi splenomegalie tranzitorie. Boala poate fi considerată că s-ar datori prezenţei, în serul acestor bolnavi, a unor hemolizine, care, sub influenţa frigului s-ar uni cu eritrocitele pe care le hemolizează. Boala are prognostic favorabil.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Koupernik C. : *Conc. Méd.,* 1971, 93, 6500.
3. Vacheron A. : *Conc. Méd.,* 1968, 90, 7719.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

DRESSLER (sindromul lui) (1956) : **sindromul postinfarct.**

Este un sindrom întîlnit uneori după infarctul de miocard, ce constă din asocierea unei pericardite cu o pleurezie şi simptome pneumonice. Boala apare în a 2-3-a săptămînă de la un infarct miocardic, manifestîndu-se clinic prin existenţa unei pericardite exsudative, un epanşament pleural discret şi o atingere pulmonară mixtă (la examenul radiologic : infiltrat difuz sau opacităţi

Scanned with OKEN Scanner

inter-hiliobazale uni sau bilaterale). Patogenia acestui sindrom este foarte ipotetică. Prognosticul este mai favorabil decît reşuta unui infarct.

1. Degeorges M. şi colab. : *Sem Hôpit.* Paris, 1972, 48, 13, 937.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne.* Editura Medicală Buc., 1969.
3. Lawrence M.S.T.A., Wright R. : *Brit. Med. J.*, 1972, 1, 5801, 665.

DREYFUS (sindromul lui) (1936) : **sindromul hiperfoliculinic premenstrual ; sindromul lui Gilbert.**

Este un sindrom endocrinian ce se caracterizează prin hipereretism cardiac (tahicardie, dureri precordiale, palpitaţii), tulburări nervoase şi psihice.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et syndromes à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

DREYFUS (sindromul lui) : **platispondilia generalizată.**

Este o formă clinică deosebită de condrodistrofie tardivă ce apare la o vîrstă mai înaintată, manifestîndu-se printr-o cifoscolioză importantă, care se poate complica cu coxa vara.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.

DUANE-STILLING-TUERCK (sindromul lui) : **absenţa congenitală a mişcărilor de lateralitate a globilor oculari ; sindromul lui Stilling-Tuerck-Duane.**

Este o afecţiune oculară de etiologie necunoscută, care se caracterizează prin absenţa congenitală a mişcărilor de lateralitate a globilor oculari. Tabloul clinic se manifestă prin limitarea importantă sau totală a mişcării de abducţie a unui glob ocular (rar a ambilor ochi) şi limitarea mişcărilor de adducţie. În afară de aceste tulburări, se mai remarcă retracţia globului ocular,

Scanned with OKEN Scanner

îngustarea fantei palpebrale și devierea verticală a globului ocular afectat, în caz de adducție. Bolnavii mai prezintă de asemenea insuficiență de convergență a globului ocular afectat, precum și lagoftalmie și exoftalmie, atunci cînd încearcă mișcarea abducției a globului ocular afectat.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală București, 1967.
2. Orlewski B. J., Krych J., Michniowska-Lenowicz J. : *Acta ophtalm.* 1961.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

DUBIN-JOHNSON (sindromul lui) (1954) : **icterul idiopatic cu pigment neidentificat ; icterul cronic idiopatic.**

Este un icter cauzat de încărcarea ficatului și a splinei cu un pigment melanic, polimer al adrenocromului, care face să apară, la laparoscopie, ficatul negru. Icterul cronic idiopatic este expresia clinică a unui defect de transport intracelular al bilirubinei. Boala se caracterizează prin icter, prurit, colurie, dureri în crize la nivelul colecistului. Concomitent se găsește colesterolemia crescută sau normală. Fosfataza alcalină este normală ; căile biliare extrahepatice și colecistul nu se opacifiază în timpul examenului radiologic. Testul cu BSP este normal, iar indicele colostatic ridicat. Din punct de vedere histopatologic, se remarcă structura ficatului indemnă fără modificări din partea parenchimului hepatic și a spațiilor porto-biliare. Se remarcă acumulări de pigment negru în hepatocite. Prognosticul quoad vitam este bun, însă quo ad valetudinem rezervat. Nu are tratament specific.

1. Arias I. M. : *Am. J. Med.*, 1961, 31, 510.
2. Beker S., Read A. E. : *Gastroenterology*, 1958, 35, 387.
3. Dubin I. N., Johnson F. B. : *Medicine*, 1954, 33, 155.
4. Dubin I. N. : *Am. J. Med.*, 1958, 24, 268.
5. Lecanon M. și colab. : *Brit. J. Haemat.*, 1972, 23, 6.
6. Vierkotten H., Lehr P. A. : *Mediz. Klinik*, 1972, 67, 14, 492.
7. Zybuljak S. N. : *Klin. Medit.* (Moscova), 1972, 50, 61, 116.

DUBINI (boală) (1845) : **coreea electrică Dubini ; coreea lui Bergeron.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o formă clinică de coree, determinată de o encefalită cu mioclonii explozive, care imită perfect descărcările electrice. Tabloul clinic se caracterizează printr-o serie de contracții musculare ale extremităților și feței care apar ca niște convulsii, în serii și prin febră, cefalee, dureri dorsale, uneori paralizii periferice și mioclonii la extremități. Unii autori consideră boala ca o formă mioclonică a encefalitei lui von Economo. Prognosticul este rezervat.

1. Baird H. W.: *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705.
2. Costeff H.: *New England J. Med.*, 1965, 273, 1410.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Keith H. M.: *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 895.

DUBREUILH (sindromul lui): **prurigo limfadenic; leucemidele lui Audry.**

Este o dermatoză nespecifică ce se manifestă clinic sub formă de papule pruriginoase, urticarie sau erupție eritematoasă, care se însoțește de un prurit intens. Această dermatoză ce pare a se datora unei intoxicații endogene se întîlnește frecvent în cursul leucozelor și a limfogranulomatozei maligne. Evoluția bolii este dependentă de cea a bolii de bază. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin.* ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.*, Maloine edit. 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

DUBREUILH-HUTCHINSON (sindromul lui): **melanoza circumscrisă precanceroasă; pete melanotice.**

Este o dermatoză caracterizată prin prezența unor pete net delimitate, de culoare roșie-castanie, uneori neagră, ce apar pe față și pe gîtul persoanelor în vîrstă. Suprafața acestor pete este netedă sau neregulată. Cu timpul, pata poate crește spre periferie sau chiar se ulcerează. Nu are prognostic defavorabil; nu se malignizează.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin.*, ed. V, Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, edit. 1956.
3. Lutz W.: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.

DU CASTELL (boală): **balanita pustulo-ulceroasă.**

Balanita lui Du Castell este o formă acută de balanită provocată fie de o asociere fuzo-spirilară, fie de stafilococi. Tratamentul este antiinfecțios, cu antibiotice și pansamente cu antiseptice.

1. Lutz W.: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
2. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

DUCHENNE (boală) (1838): **paralizia pseudo-hipertrofică a copilăriei sau miosclerotică; paralizia pseudo-hipertrofică.**

Este o formă de miopatie primitivă progresivă de tip pseudo-hipertrofic, care debutează în copilărie sau la pubertate și evoluează rapid. Copilul atins de această afecțiune începe a merge tîrziu. Atrofia este mascată de dezvoltarea exagerată a membrelor inferioare și a trunchiului, a căror mușchi sînt, în realitate, atrofiați. Mai tîrziu, atrofia este vizibilă la membrele superioare. Se spune că copilul se sprijină pe propriile sale coapse pentru a se ridica.

1. Bonsett C. A.: *Neurology*, 1963, 13, 728.
2. Demos J.: *Vie méd.*, 1973, 25, 2093.
3. Dowben R. M.: *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 430.
4. Fetterman G. H. și colab.: *J. Dis. Child.*, 1956, 91, 326.
5. Zundel W. S., Tyler F. H.: *New England J. Med.*, 1965, 273, 537.

DUCHENNE DE BOULOGNE (sindromul sau boala lui): **distrofia musculară progresivă infantilă; musculodistrofia ereditară.**

Sindromul sau boala lui Duchenne este o musculodistrofie ereditară cu transmitere recesivă, X cromosomială, ce face parte din grupul musculodistrofiilor, afecțiuni degenerative ale fibrei musculare, cu evoluție mai mult sau mai puțin rapidă, însă fatală. Etiologia este necunoscută. Aspectele clinice clasice sînt: slăbirea forței musculare, mai ales la rădăcinile membrelor, hiperlordoză, greutate în mers, pseudohipertrofia

Scanned with OKEN Scanner

unor grupe musculare, atrofie musculară care merge spre retracție în decurs de 1—6 ani. Se mai întîlnesc: atingeri miocardice, întîrzieri mintale, modificări osoase, diverse tulburări endocriniene și tulburări trofice cutanate și subcutanate. Evoluția se face în pusee. Bolnavii mor din cauza insuficienței respiratorii și a infecțiilor intercurente. Se descriu cel puțin 3 forme clinice: forma lui Becker (tip III b sau DDB 2), forma Emery-Dreifuss și forma Mabry.

1. Becker P. E.: *Acta Genet. Med.* (Roma), 1957, 7, 303.
2. Demos J.: *Vie méd.*, 1973, 25, 2093.
3. Dubois B.: *Lille Méd.*, 1971, 16, 1160–1177.
4. Duchenne G. B.: *Arch. Gen. Med.*, 1868, 11, 569.
5. Emery A. E. H.: *J. Genet. Hum.*, 1965, 14, 318.
6. Emery A. E. H.: *Nature*, 1964, 201, 1044.

DUCHENNE-ERB (sindromul lui) (1855): **paralizia radiculară superioară a plexului brahial; sindromul porțiunii superioare a plexului acromial.**

Sindromul Duchenne-Erb este determinat de lezionarea de către procesul patologic a rădăcinilor C5—C6, care produce adinamia mușchilor romboid, supra și subspinos, micul rotund, deltoid, brahial intern, cleido-brahial, biceps și supinatorul brațului. Tabloul clinic se caracterizează prin adinamie, adducția brațului și edemul umărului.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Emerit J.: *Vie méd.*, 1973, 1, 21.
4. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

DUCHENNE-GRISINGER (boala lui) (1883): **distrofia musculară progresivă; o formă clinică a bolii lui Erb (vezi).**

În boala lui Erb se deosebesc următoarele forme clinice: sindromul Duchenne-Grisinger, sindromul Cestan-Lejonne, sindromul Erb, forma abortivă Hoffmann, sindromul Kilo-Nevin, sindromul Landouzy-Déjérine, sindromul Leyden-Moebius-Zimmerlin și sindromul Welander.

Scanned with OKEN Scanner

DUCREY (boala lui) : **şancroid ; infecţia lui Ducrey ; ulcerul moale ; şancrul moale.**

Este o boală infecţioasă localizată, autoinoculabilă şi determinată de hemophilus ducreyi, care afectează de obicei organele genitale. Se caracterizează clinic prin durere, ulceraţie necrotică la locul de inoculare şi supuraţia ganglionilor limfatici regionali. Perioada de incubaţie este de 3—5 zile, deseori prima manifestare apare între 12—36 ore sau 1—2 săptămîni de la contact. Leziunile apar de obicei la nivelul organelor genitale, manifestîndu-se printr-o maculă sau maculo-papulă, înconjurată de o zonă eritematoasă, care se transformă în veziculă. Leziunea evoluează rapid către o pustulă care cade şi lasă în urma sa un ulcer circumscris dureros. Boala are o evoluţie de 3 săptămîni,după care se vindecă spontan. Cea mai comună complicaţie este adenopatia supurată.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2, W. B. Saunders Phil., 1969.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine edit., 1956.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

DUDLEY-MORTON (boala lui) : **lungirea exagerată a celui de al doilea os metatarsian.**

Este o afecţiune osteo-articulară congenitală caracterizată printr-o lungire exagerată a celui de al doilea os metatarsian. Această lungime determină în momentul poziţiei în picioare o hiperpresiune asupra lui şi apariţia unei bătături, care este foarte dureroasă, mai ales în timpul mersului.

1. Cosăcescu A. : *Afecţiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Exp. Scient. Franc., Paris, 1966.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*, München–Berlin, 1951.

DUKES-FILATOV : a patra maladie ; rubeolă scarlatinoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală exantematică, ale cărei caractere clinice se apropie de cele ale rubeolei și ale scarlatinei. Nu este admisă ca entitate nosologică autonomă.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum Clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres,* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

DUCREY-STANGIALE (boală) : **dermatită sicoziformă atrofică ; acnee pilară cicatricială Besnier ; eritem centrifug sicoziform Unna ; sicoza cicatricială ; sicoza stafilococică ; sicozis lupoid ; boala lui Brocq (vezi).**

DUDLEY-KLINGENSTEIN (sindromul lui) : **sindromul jejunal.**

Este un sindrom caracterizat clinic prin dureri epigastrice și vărsături postprandiale tardive, ce se însoțesc de melenă. Aceste fenomene însoțesc, de obicei, neoplasmul jejunului.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

DUGUET (boală) : **angina lui Duguet.**

Este o afecțiune caracterizată printr-o ulcerație simetrică, superficială a pilierilor vălului și în axul longitudinal al acestora, care apare în săptămîna 2-a a febrei tifoide. Uneori, ulcerația este unică, unilaterală. Evoluția bolii, care durează circa 10 zile, urmează paralel cu ulcerațiile tifice intestinale, avînd aceeași patogenie.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
4. Woodword T. E., Smadel J. E., Parker R. T. : *M. Clin. North-America,* 1954, 38, 577.

DUHAMEL (boala lui) (1966) : **mielofibroza limfoidă.**

Este o afecțiune care după autorul care a descris-o ar putea fi considerată ca un limfo-

Scanned with OKEN Scanner

sarcom cu localizare predominentă medulară. Face parte din grupul reticulozelor maligne.

1. Albahary C., Ripault J., Guillaume J., Legland P., Martin S.: *Presse Méd.*, 1970, 78, 35, 1531.
2. Duhamel G., Guerra L.: *La presse méd.*, 1966, 74, 585.

DÜHRING (boala lui): **dermatita polimorfă cronică cu pusee succesive; boala lui Dűhring-Brocq.**

Este o dermatoză buloasă cu o erupție polimorfă. Se prezintă din punct de vedere clinic sub formă de bule sau papulobule, sau placarde eritematoase acoperite de bule. În 20—30% din cazuri, coexistă și leziuni mucoase. În cursul bolii, indivizii atinși de această afecțiune sînt febrili. În sînge există o eozinofilie moderată. Semnul lui Nicholsky este negativ (provocarea de bule prin frecare cutanată).

1. Escande J. P.: *Presse méd.*, 1971, 79, 2, 49–50.
2. Lebas R.: *Bull. Soc. Belge Ophtal.*, 1959, 124, fasc. 1.
3. Meyer J.: *Conc. Méd.*, 1969, 91, 2893.
4. Serzalowa G. H.: *Vestnik Dermat. i venerologhii*, caietul 2, p. 54, 1970.

DÜHRING (boală): **dermatita herpetiformă Dűhring.**

Mai rară în copilărie și mai frecventă la adulți, dermatita herpetiformă se prezintă din punct de vedere clinic prin exanteme polimorfe, compuse din plăci, papule și vezicule de diferite mărimi, eritematoase sau urticariene, de cele mai multe ori, situate în grupuri, localizate pe trunchi și extremități și niciodată pe față. După spargerea lor, veziculele se acoperă de o crustă după care rămîn cicatrice pigmentate. Regiunile atinse sînt pruriginoase. Boala apare în puseuri și toate leziunile au aceeași vîrstă. În timpul bolii, starea generală a individului se menține bună. Cauza este necunoscută. Evoluția este îndelungată și boala are tendință de recidive. Tratamentul local este pur simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin*, ed. W. B. Saunders.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*. Maloine C-ie, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

DUPLAY (boala lui) (1872): **periartrita scapulo-humerală cu calcifierea bursei seroase subacromi-**

Scanned with OKEN Scanner

ale ; peritendinita calcară ; bursita calcară ; bursita cronică subdeltoidiană ; umărul rigid ; rigiditatea dureroasă a umărului ; sindromul umărului.

Boala apare mai frecvent la femeile în vîrstă, deseori pe fondul traumatismelor și degenerării tendonului mușchiului supraspinos. Aceste modificări determină limitarea dureroasă a mișcărilor în articulația umărului. Cele mai dureroase mișcări sînt acele de abducție și rotația înăuntru a umărului. După o perioadă de crize, boala poate evolua spre artrodeză nedureroasă. Deseori, depozitele de calciu din tendoanele mușchiului supraspinos agravează și mai mult boala. Tratamentul este simptomatic, antireumatismal și fizioterapic.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală Buc., 1967.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
4. Schor H. : *Erg. Chirurg.*, 1936, 29, 221.
5. Nestor R. : *Diagnosticul bolilor reumatismale.* Edit. Med. Buc., 1972.

DUPLAY-MADELUNG (boală) : deformația lui Madelung ; carpul curb ; radiusul curb ; subluxația pumnului ; deformația articulației mîinii ; cifoza carpului.

Este o boală osteo-articulară ce se observă cel mai frecvent la copii și tineri. Se caracterizează clinic prin curbarea radiusului spre fața sa dorsală și deplasarea apofizei distale a acestuia de partea palmară. În urma acestor modificări, partea distală a cubitusului împreună cu apofiza stiloidă proemină pe fața dorsală a extremității. Aceste deformații sînt determinate de tulburări de creștere a oaselor, efort excesiv, traumă gravă, precum și alte cauze încă necunoscute. În urma acestor deformații se produce o laxitate a articulației radio-cubitale, limitarea extenziei în articulația radio-carpiană și a mișcărilor de rotație ale antebrațului. Mișcările articulare sînt nesigure. Tratament ortopedic sau chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., 1966, Paris.

Scanned with OKEN Scanner

3. Senger A. : *Chir. Narz. Ruchu i ortop.*, Pol. 1952, 3, 226.
4. Rădulescu A. : *Ortopedie chirurgicală.* Buc., 1939.

DUPRÉ (sindromul lui) (1860) : **congestia pulmonară ; pneumonia lui Woillez (vezi).**

DUPRÉ (sindromul lui) : **meningismul lui Dupré.**

Este un sindrom caracterizat clinic prin toate simptomele meningismului, datorită unei iritații ale meningelor cerebrale și spinocerebrale, produsă în urma unor factori etiologici diferiți. Tratamentul este în raport cu agentul etiologic determinant. Evoluția este variată în raport cu gravitatea bolii și cu agentul etiologic respectiv.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams, and Wilkins, 1955.

DUPRÉ-MERKLEN (sindromul lui) : **sindromul Schlemihl.**

Este un sindrom neuro-psihic denumit și sindromul lui Schlemihl, după eroul lui Chamiso „Peter Schlemihl", deoarece indivizii cu această afecțiune prezintă o slăbiciune motorie cu dispraxie. Este o situație tipică omului complet lipsit de simțul realității și foarte neîndemînatic.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*, Vol. I–II. Basic Books, 1959.
2. English O. S., Finch S. M. : *Introduction to Psychiatry*, Norton, 1964.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of psychiatry.* McGraw-Hill, 1963.
4. Pelicier Y. : *Guide psychiatrique pour le praticien.* Masson C-ie, 1970, Paris.

DUPUYTREN (boala lui) (1831) : **retracția aponevrozei palmare ; contracția tendoanelor ; contractura aponevrozei palmare.**

Boala se datorește unei aponevrozite palmare, determinată etiopatogenic, de o colagenoză. Se manifestă clinic printr-o scleroză lentă și progresivă și o retracție în timp a tendoanelor flexorii digitale. Procesul patologic interesează cel mai deseori o mînă ; uneori, este bilateral. Afectarea degetelor în ordine de frecvență este degetul inelar, apoi, cel mic și mediusul. Numai excepțional sînt prinse indexul și policele. Boala apare mai

Scanned with OKEN Scanner

ales la adulții tineri, care lucrează fizic, însă deseori și la intelectuali (mîna dreaptă). Pe lîngă etiologia colagenetică, s-ar putea incrimina și traumatismul repetat de la nivelul mîinilor. După tratamentul chirurgical, boala are tendință la recidive.

1. Julliard A. : *Conc. Méd.* 1969, 91, 1757.
2. Koch L. S. : *J.A.M.A.*, 1933, 15, 878.
3. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases*. London, 1956.

DUPUYTREN (boala lui) (1833) : **flegmonul lui Dupuytren.**

Este o denumire ce astăzi nu se mai utilizează. Sub acest termen se înțelegea înainte vreme, flegmonul întins al gîtului, caracterizat clinic prin febră ridicată, edemul regiunii gîtului, jenă la deglutiție, stare generală alterată, hiperleucocitoză. Prognostic sever. Tratament : antibiotice și intervenție chirurgicală.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală Buc., 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
3. Quervain F. De. : *Spezielle chirurgische Terminologie*, Berlin, 1931.

DUPUYTREN (boală) (1819) : **fractura bimaleolară ; fractura de abducție a gleznei.**

Este o fractură ce se produce la rotația bruscă a piciorului în afară. Datorită întinderii puternice a ligamentelor, se fracturează mai întîi maleola internă, la nivelul bazei ei. În același timp se produce un focar de fractură la nivelul maleolei externe, la 5—6 cm. deasupra marginei inferioare a acesteia, unde există cea mai mică rezistență. Fractura nu se însoțește de diastazis tibio-peronieră. De multe ori, o dată cu fractura oaselor respective se produce și o rupere a ligamentului interosos în segmentul distal și chiar fisura fragmentului triunghiular de la marginea posterioară a tibiei (triunghiul lui Volkmann).

1. Hubner A. : *Frak. Luxat.*, 1948, 198.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
3. Quervain F. De. : *Spezielle chirurgische Diagnostic*, Berlin, 1931.

DURAND (sindromul lui) : **sindromul intoleranței față de dizaharide, formă severă cu lactozurie.**

Sindromul lui Durand se manifestă printr-o intoleranță severă față de dizaharide și lactozurie.

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală cu caracter ereditar, cunoscută de multă vreme sub denumirea de „intoleranță față de lapte". Se datorește unui deficit total sau parțial de dizaharidaze. Din punct de vedere nosologic se diferențiază o formă primară și alta secundară, determinată de unele boli intestinale sau generale bine conturate. Carența dizaharidică primară este ereditară și reflectă un defect biochimic transmis. Se manifestă imediat după naștere. Carența enzimatică secundară survine într-o mare varietate de afecțiuni digestive și generale în care există o afectare a intestinului subțire. Boala se manifestă clinic printr-o intoleranță ce apare după ingestia alimentelor în care dizaharidul corespunzător enzimei deficitare este prezent. Se observă: colici abdominale, balonări, borborisme, evacuări imperioase, scaune apoase cu caracter intens fermentativ. Diagnosticul se pune pe baza anamnezei și a testului de încărcare cu dizaharidul incriminat. Tratamentul eficace constă din excluderea sau reducerea aportului de dizaharide față de care există intoleranță.

1. Auricchio S., Prader A. A., Murset G., Witt G.: *Helv. Paediat. Acta*, 1961, 16, 483.
2. Fodor O.: *Tratat elementar de medicină internă*. Vol. II, ed. Dacia, 1, Cluj, 1973.
3. Girardot P.: *Absorption et malabsorption du lactose*. Ed. Huber, 1965.
4. Gudman-Hyer E.: *Specific lactose malabsorption* in *adults*. Fadl's Forlag, Copenhague, 1971.
5. Nicolaescu T. și colab.: *Congr. Inter. Union Physiol. Sci.*, Brașov, 1970.
6. Oproiu Al., Oproiu C.: *Med. Int.*, 1966, 10, 1151.

DURAND (boala lui) (1936): **meningita lui Durand.** Este o meningită de origine virală, ca și meningita limfocitară a lui Wallgren-Armstrong, ce se manifestă clinic, în primele patru zile de boală prin hipertermie, cefalee, vărsături, nevralgii și tulburări ale tractusului gastro-intestinal. Urmează o perioadă de sănătate aparentă de 2 zile, după care apare undeva recidiva cu erupție maculopapuloasă, conjunctivită, hipertermie și ulcerații ale mucoaselor. Vindecarea completă se face după 3—4 zile.

1. Adair A. V., Gauld R. L., Smadel J. E.: *Ann. intern. Med.*, 1953, 39, 675.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, Buc., 1967.

Scanned with OKEN Scanner

3. Tobin J. : *Lancet*, 1955/I, 1267.

DURAND-JEUNE (boala lui) : **lactozuria sugarului.**

Este o boală congenitală datorită tulburării metabolismului glucidic, care se manifestă clinic prin diferite tulburări digestive şi vărsături, hipotrofie şi debilitate mintală. Boala se aseamănă foarte mult cu boala Mongrieff (sindrom care asociază la sugar o meliturie, debilitate mintală şi hernie hiatală).

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie,* München–Berlin, 1951.

DURAND-ZUNIN (sindromul lui) : **malformaţie congenitală complexă.**

Este o malformaţie congenitală complexă, determinată de o asociaţie rară de defecte de dezvoltare. Patogenia acestui sindrom ar fi asemănătoare cu aceea din embriopatii. Boala asociază : absenţa congenitală a septului lucid, siringoencefalie şi spina bifidă. Uneori, se asociază de asemenea şi picior var.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses congenitales constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., 1966, Paris.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

DURANTE (boală) : **displazia periostului cu fragilitate osoasă.**

Este o maladie congenitală care se caracterizează printr-o displazie a periostului şi o fragilitate osoasă foarte importantă. Datorită acestei malformaţii, bolnavii atinşi de afecţiune, pot prezenta diferite fracturi osoase.

1. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc. Paris, 1966.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

DUTTON (boala lui) (1902) : **boala somnului africană ; tripanosomiaza africană.**

Este o boală cauzată de tripanosome de două feluri : rodesiană şi gambiană. Afecţiunea este transmisă de muştele : glossina palpalis şi glossina morsitans. Boala lui Dutton se referă de obicei la boala somnului gambiană. Perioada de incubaţie a bolii este de 14 zile. După acest interval de timp, afecţiunea se manifestă clinic printr-o febră neregulată, diferite erupţii şi limfadenită. Complet epuizat, bolnavul face diferite tulburări neurologice şi psihice, intră în comă şi sfîrşeşte fatal. Se descriu forme clinice abortive şi uşoare, forme cronice evolutive şi forme acute. Biologic, boala se caracterizează prin mononucleoză fără hiperleucocitoză, viteza de sedimentare a hematiilor foarte accelerată. Cercetarea tripanosomei se face în sînge, în lichidul cefalorahidian, sucul ganglionar ; reacţia de fixare a complementului şi testul cutanat sînt pozitive. Tratamentul se face cu germanine, tryparsamide, etc.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis and Treatment,* Lange Medical Publications, 1967.
2. Duggan A. J. : *J. Trop. Med.,* 1959, 62, 268.
3. Morris K. R. : *Discovery,* 1965, 26, 22–35.
4. Robertson D. H. : *Tr. Roy Soc. Trop. Med and Hyg.,* 1963, 57, 176.

DUVERNE-COUDERT-COLOMB (sindromul lui) : **colagenoza eruptivă.**

Este o dermatoză din grupul colagenozelor, care se manifestă clinic sub formă de noduli plaţi diseminaţi, de mărimea unei alune sau a unui bob de linte, în număr variat. Din punct de vedere histopatologic, boala se caracterizează prin hipertrofia focală a fibrelor colagene, edem, omogenizare şi diminuarea concomitentă a fibrelor elastice. Tratamentul constă în administrare de medicamente cu acţiune asupra metabolismului perturbat din boala colagenului (antipaludice de sinteză, etc.).

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Maloine edit. 1956.

Scanned with OKEN Scanner

2. Duverne J., Coudert G., Colomb P. : *Ann. Derm. Syph.*, 1955, 82, 160.
3. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases*. London, 1956.

DUVERNEY (boală) : **fractura transversală a osului iliac.**

Este o fractură transversală a aripei osului iliac deasupra cavității articulare, determinată de un traumatism direct puternic. În urma deplasărilor fragmentelor de fractură, creasta iliacă antero-superioară se situează mai sus și dă impresia unei extremități inferioare mai lungi de partea fracturii, deși lungimea absolută a acesteia rămîne nemodificată. Tratament ortopedic și chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther Sibiu, 1948.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, Buc., 1967.
3. Hubner A. : *Frakt. Luxat.*, 1948, 67.
4. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

DYKE-YOUNG (boală) (1938) : **anemia hemolitică monocitară.**

Este o anemie hemolitică caracterizată clinic prin paliditate, subicter, stare subfebrilă și splenomegalie. În sînge, în afară de hiperbilirubinemie se întîlnește o diminuare a rezistenței globulare, reticulocitoză și microcitoză, cu creșterea indicelui de culoare. În măduva osoasă, se observă o creștere a eritropoiezei. În sistemul reticuloendotelial se remarcă creșterea numărului de celule endoteliale. Boala are evoluție cronică și multiple remisiuni.

1. Dacie J. V. : *Brit. Med. J.*, 1962, 2, 429.
2. Dacie J. V. : *Am. J. Med.*, 1955, 18, 810.
3. Dyke S., Young F. : *Lancet*, 1938, 2, 817.
4. Wallerstein R. O., Aggeler P. M. : *Am. J. Med.*, 1964, 37, 92.

Scanned with OKEN Scanner

E

EAGLETON (sindromul lui): **pierderea funcţiei de excitabilitate a labirintului în ortostatism.**

Este o afecţiune neurologică ce se caracterizează clinic prin pierderea funcţiei de excitabilitate a labirintului în poziţia ortostatică şi păstrarea ei în poziţia orizontală. Acest sindrom apare în tumorile ponto-cerebeloase. Prognostic infaust.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie edit. Paris, 1971.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală Bucureşti, 1967.
4. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. II, edit. Med. 1957.
5. Şofletea A.: *Neurologia clinică.* Edit. Med. Buc., 1967.

EAGLETON (sindromul lui): **dureri retrobulbare în cursul abcesului cerebral.**

Este o afecţiune clinică caracterizată prin dureri retrobulbare foarte accentuate, care apar în abcesul cerebral localizat în regiunea cuneiformă sau lobul temporal. În cursul acestui sindrom, reflexul corneean este prezent. Prognostic grav. Tratament chirurgical.

Scanned with OKEN Scanner

1. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II, edit. Medicală Bucureşti, 1957.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

EALES (boala lui) (1880) : **hemoragiile recidivante ale tînărului ; retinita perforantă ; hemoragiile cu repetiţie ale retinei şi vitrosului.**

Eales descrie în 1880 hemoragiile recidivante ale tînărului, determinate de o periflebită retiniană. Periflebita care determină această hemoragie este bilaterală şi se poate întovărăşi de leziuni de coroidită evolutivă sau cicatricială, localizate de obicei pe tractul vascular. Debutul bolii este brutal, printr-o hemoragie a corpului vitros. Aceste reţele vasculare sînt fragile şi la cel mai mic traumatism produc accidente hemoragice grave şi diferite tulburări : decolare de retină, glaucom hemoragic, pierderea globului ocular prin phtisis. Primele pusee hemoragice se resorb uşor, însă lasă în urma lor bride de retinită proliferantă în vitros. Tratamentul constă din medicaţie simptomatică şi fotocoagularea vaselor atinse.

1. Brini A., Bronner A. şi colab. : *Biologie et chirurgie du corp vitré*, Masson C-ie, 1968.
2. Donders P. C. : *Docum. Ophtalm.*, 1958, 12, 1.
3. Godde Jolly D. : *Bull. Soc. Opht. de France*, 1961, 4 bis.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.

EBSTEIN (boala lui) : **malformaţie congenitală a cordului drept.**

Este o malformaţie a cordului drept caracterizată prin inserţia joasă a valvulelor tricuspide cu hipoplazie ventriculară dreaptă. În forma obişnuită, boala se caracterizează prin semne de stază auriculară dreaptă, cu debordare dreaptă la examenul radiologic, ce contrastează cu o vascularizare pulmonară diminuată, supraîncărcare auriculară dreaptă electrică, ritm în 4 timpi şi insuficienţă tricuspidiană. Dacă există o comunicare interatrială (2/3 din cazuri), shuntul dreapta-stînga antrenează o cianoză. Evoluţia merge spre insuficienţa cardiacă dreaptă, tulburări de ritm şi în special, sindromul Wolf-Parkinson-White, moarte subită.

Scanned with OKEN Scanner

1. Friedberg C. : *Diseases of the heart.* W. B. Saunders, 1966.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Hongre J. F. : *La maladie d'Ebstein chez l'enfant. Formes cliniques et traitement.* Thèse de médecine, Lille, 1970.
4. Kapuscinski O. : *Pol. Przegl. Rad. Med., Nukl.,* 1973, 37, 105–116.

EBSTEIN (boală) (1866) : **anomalia Ebstein ; anomalie congenitală a valvulei tricuspide care antrenează o dublă leziune de insuficiență și stenoză ; boala lui Ebstein-Bardeta (vezi Ebstein).**

ECKLIN (sindromul lui) (1919) : **anemia familială gravă a lui Ecklin.**

Este una din cele 3 forme de eritroblastoză foetală (icterul grav familial al lui Pfannenstiel, hidropsul congenital al lui Schridde, anemia familială gravă a lui Ecklin). Această maladie hemolitică a noului născut se manifestă chiar de la naștere sau după un interval de cîteva zile prin icter moderat. Nu se observă modificări din partea ficatului și a splinei și nici oedem. Biologic, această formă de eritroblastoză foetală, ca și celelalte forme clinice, se caracterizează printr-o anemie cu hematii nucleate (eritroblaști și proeritroblaști), al căror număr variază în raport cu intensitatea hemolizei. Numărul reticulocitelor, de obicei, este scăzut. Diagnosticul se sprijină pe : existența unui copil mort după 1—2 sarcini normale, avort repetat după a 5-a lună, incompatibilitate de Rh, existența de anticorpi specifici în serul mamei.

1. Bagemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie,* 2 Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1965.
2. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson C-ie, Paris, 1958.
3. Ecklin T. : *Mschr. Kinderheilk.,* 1919, 15, 425.
4. Owren P. A. : *Blood,* 1948, 3, 231.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology,* Lea and Febiger, 1961.

ECONOMO VON (boala lui) (1917) : **encefalita epidemică ; encefalita tip A (Japonia) ; encefalita letargică ; nevraxita epidemică ; encefalomielita epidemică ; boala lui Cruchet și von Economo.**

Scanned with OKEN Scanner

Boală ce produce modificări degenerative și inflamatorii diseminate în sistemul nervos central și care se caracterizează printr-o marcată varietate de simptome în diferite cazuri și chiar la același bolnav, în diferite stadii de boală. Descrisă în 1916—1917 de von Economo sub denumirea de encefalită letargică, primele cazuri au fost observate pentru prima dată în 1916 în România. Ulterior, boala s-a extins în toată lumea; după anul 1929, nu au mai fost observate epidemii, ci numai cazuri sporadice. Cauza encefalitei nu se cunoaște, însă agentul etiologic pare a fi un virus. Histopatologic, boala se caracterizează printr-o infiltrare a spațiilor perivasculare, neuronofagie, encefalomalacie, demielinizare și gliază la nivelul mesencefalului și diencefalului. Leziunile degenerative și inflamatorii care se pot întîlni pe meninge, ganglioni, creierul mijlociu și punte, determină simptome variate în combinație și secvență. Cele mai comune sînt: sindromul de somnolență-oftalmoplegie și sindromul hiperkinetic iritativ, ce poate fi coreiform sau mioclonic. Boala se însoțește de asemenea de importante tulburări psihice: cefalee, insomnie, fatigabilitate, iritabilitate, etc. S-au observat decese în 20—30% din cazuri.

1. Drăgănescu Șt.: *România Medicală*, 1936, 1 febr.
2. Economo von C.: *Encephalitis lethargica, Its sequelae and treatment. Translated and adopted by. K. Newman.* New-York, Oxford Press, 1931.
3. Kreindler A.: *Neurologia*, Vol. II, Editura Medicală, Buc., 1957.
4. Radovici A., Niculescu I. T.: *Presse méd.*, 1921, 9 janvier.

EDELMANN (boala lui) (1936): **anemia infecțioasă cronică.**

Este o hemopatie caracterizată printr-o anemie hipocromă cu evoluție lentă. Se pare că etiopatogenia afecțiunii ar fi determinată de diferite protozoare. În sîngele periferic se observă, în afară de scăderea numărului de eritrocite, poikilocitoză, anizocitoză, granulații bazofile în hematii, leucopenie cu monocitoză și eozinofilie.

1. Crosby W. H.: *Diseases A. Month*, jan. 1966.
2. Edelmann A.: *Wien. Klin. Wschr.*, 1936, 1, 336.
3. Finch D. A.: *Nutrition Abst. and Rev.*, 1965, 23, 129.

Scanned with OKEN Scanner

4. Kasper C. K., Whissell D. Y. E., Wallerstein R. O.: *J.A.M.A.*, 1965, 191, 359.

EICHHORST (sindromul lui): **miopatia progresivă primitivă.**

Este o varietate de miopatie progresivă primitivă al cărei debut se face începînd cu membrele inferioare. Debutul bolii este în copilărie sau la pubertate, cu deficit al musculaturii distale a extremităţilor. Mersul este legănat şi ridicarea este dificilă în poziţia ortostatică. Se mai observă de asemenea contracturi, scolioză, lordoză şi hiporeflexie osteotendinoasă. Boala are caracter eredo-familial. Evoluţia este lentă (20—30 ani). Boala este rezistentă la orice fel de tratament.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M.: *Neuromuscular disorders. Res. Publ. a Nerv and Ment, Dis.*, vol. 38, Williams and Wilkins, 1960.
2. Barrows H. S.: *G. P.*, 1964, 146, 29.
3. Lambert E. H.: *Pediatrics*, 1964, 34, 599.
4. Walton J. N.: *Abstr. World Med.*, 1966, 40–1.
5. Weingarten K.: *Wien Zschr. Nervenhk.*, 1962, 19, 443.

EICHSTEDT (sindromul lui): **pitiriazis versicolor.**

Este o dermatoză determinată de microsporon furfur, care se prezintă clinic sub forma unor macule palide, catifelate, de culoarea cafelei cu lapte, care se descuamează la scărpinat. Localizarea cea mai frecventă a bolii este pe trunchi. Boala se întîlneşte cel mai frecvent la persoanele care transpiră mult şi în reumatism şi tuberculoză. Boala răspunde bine la badijonările externe cu tiosulfat de sodiu sau alcool iodat 1%.

1. Albright S. D., Hitch J. M.: *Arch. Dermat.*, 1966, 93, 460.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Robinson H. M. jr., Raskin J.: *Arch. Dermat.*, 1965, 91, 372.

EHRMAN (boala lui): **foliculita sclerozantă a cefei. Boala lui Bazin (vezi).**

Scanned with OKEN Scanner

EINHORN (boala lui) (1895): **gastrita ulceroasă.**

Este o denumire veche, care astăzi nu se mai întrebuinţează şi care se referă la gastrita ulceroasă.

1. Einhorn M.: *Berlin Klin. Wschr.* 1895, 26, 69.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Buc., 1967.

EISENMENGER (sindromul lui) (1897): **complexul Eisenmenger.**

Este o malformaţie a cordului care constă dintr-o comunicare interventriculară, o dextropoziţie a aortei şi o hipertrofie ventriculară dreaptă. Boala se manifestă de obicei după vîrsta de 20 ani. Tabloul clinic se caracterizează prin dispnee, cianoză, hemoptizii şi hipocratism digital. Semnele radiologice sînt reprezentate prin artere mari care au pulsaţii viguroase (dans hilar), hipertrofie ventriculară dreaptă şi umbrirea cîmpurilor pulmonare. Electrocardiograma arată semne de hipertrofie ventriculară dreaptă sau combinaţia celor doi ventriculi. Există o hipertensiune pulmonară şi ventriculară dreaptă şi o rezistenţă pulmonară crescută. Prognosticul depinde de formă: în cele uşoare, bolnavii pot depăşi vîrsta de 40 ani. Tratamentul este simptomatic.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, 1969.
2. Dushane J. W., Kirklin J. W.: *Circulation,* 1960, 21, 13–27.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
5. Wood P.: *Brit. Med. J.:* 1958, 2, 701–709.

EKBOM (sindromul lui) (1945): **restless legs syndrome; paresteziile agitante nocturne ale membrelor inferioare; sindromul gambelor fără repaus.**

Este o boală mai frecventă la femeie, în jurul vîrstei de 20—30 ani şi la femeile însărcinate. Se manifestă clinic sub formă de parestezii ale suprafeţelor interne ale membrelor inferioare, cu senzaţia de hipotonie musculară. Aceste tulburări apar de obicei seara, în poziţia şezîndă

Scanned with OKEN Scanner

sau în clinostatism, ceea ce obligă pe bolnavi să facă o mișcare continuă a membrelor. În cursul zilei, bolnavele acuză senzația de oboseală și de frig în membrele inferioare. Se descriu două forme clinice de parestezii ale extremităților inferioare: astenia crurală dureroasă, în care există algii foarte puternice și astenia crurală parestezică, cu parestezii. Tratamentul este simptomatic și constă îndeosebi din sedative și preparate hormonale.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Cheah J. B., Ransome G. A.: *Singapore Med. Journ.*, 1969, 2, 131.
3. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

EKIRI (boală): **pseudoholera infantilă.**

Este o toxicoză acută virală, care apare, mai ales în Japonia și se manifestă la copii, cu o simptomatologie asemănătoare holerei, însoțindu-se de scaune albe, asemănătoare laptelui. În sîngele acestor copii se evidențiază o hipocalcemie accentuată, răspunzătoare de diferite manifestări clinice.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Buc., 1965.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome,* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

ELLIS-VAN CREVELD (sindromul lui) (1940): **displazia condro-ectodermică; displazia ereditară cu nanism rhizomelic, distrofii osoase și anomalii cardio-vasculare; sindromul Hurler-Ellis.**

Este o maladie recesivă autosomică, care comportă obligatoriu un nanism condrodistrofic, o polidactilie a mîinilor, o displazie ectodermică hidrotică și inconstantă, o cardiopatie congenitală. Caracteristică este aderența buzei superioare, în partea sa mediană, la gingie. Face parte din grupul bolilor oro-facio-digitale congenitale. Cardiopatia se caracterizează totdeauna printr-un defect septal și foarte adesea, printr-un auricul unic.

Scanned with OKEN Scanner

1. Biggerstaff R. H. : *J. Amer. Dent. Ass.* 1968, 77, 1 090–1 095.
2. Emerit J. : *Vie méd.*, 1973, 1, 21.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, N.Y., 1967.
4. Monnet P., Monnet F. : *Rev. Lyonn. Med.* 1967, 16, 47–74.
5. Rosenberg D., Monnet P. : *Conc. Med.* 1972, 94, 767.

ELSNER (boala lui) : **astmul lui Elsner ; boala lui Rougon-Heberden ; angina pectorală ; stenocardia ; sindromul anginos coronarian ; boala lui Heberden (vezi).**

EDDOWES (boala lui) : **sindromul proteinelor albastre ; sindromul Eddowes-Van der Hoeve ; complexul simptomatic Adair-Dighton ; osteopsatiroza lui Lobstein ; osteogeneza imperfectă.**

Sindromul Eddowes se caracterizează prin prezența în sînge a proteinelor albastre, friabilitate osoasă și tulburări auditive (surditate). În timp ce primele simptome apar destul de precoce, surditatea se instalează mai tardiv, spre pubertate. În cadrul acestui sindrom se diferențiază două tipuri clinice : osteogeneza imperfectă tardivă a lui Lobstein (vezi) și osteogeneza imperfectă congenitală a lui Vrolik-Durant. În primul tip, boala apare la naștere. În boala lui Lobstein, proteinele albastre există de la naștere, însă fragilitatea osoasă, „omul de sticlă" se manifestă mai tardiv. La acest tip de boală, fragilitatea oaselor se atenuează foarte mult după vîrsta de 25 ani. Boala este determinată patogenetic de un defect congenital în osificarea periostală a oaselor lungi. Există din punct de vedere ereditar o formă dominantă și o formă recesivă, cu apariția mai tardivă. Tratamentul este acela al osteoporozei.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Med., Buc., 1967.
2. Kampmeier R. H. : *Arch. Int. Med.*, 1960, 106, 753.
3. Majewski K. W. : *Klinica Oczna*, 1933, 11, 155.
4. Talbott J. H., Farrandis R. M. : *Collagen Diseases.* Grune and Stratton, 1956.

EHLERS-DANLOS (sindromul lui) (1899—1908) : **sindromul cutis laxa ; cutis hiperelastica.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune ce se caracterizează clinic printr-o cădere a pielii în falduri, emfizem, hernie și deseori, diverticule a diferitelor organe. Boala are caracter congenital. Se descriu două forme: cea mai frecvent întîlnită este de tip autosomal recesiv; altă formă este mai puțin comună și îmbracă tipul autosomal dominant. Cele mai multe dintre simptomele sindromului pot fi explicate pe baza unei elastoze generalizate. Se întîlnesc frecvent diverticuli ai tractusului intestinal, prolaps de mucoasă gastrică și rectală, diverticuli veziculari, etc. Biopsiile arată absența sau diminuarea intensă a fibrelor elastice, care în mod normal cresc vertical în corpusculii papilari și înconjoară foliculii pilosebacei.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis 2*. W. B. Saunders, 1969.
2. Emerit J.: *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
3. Goltz R. W., Hult A. M., Goldfarb M.: *Arch. Dermat.* 1965, 92, 373–387.
4. Gorlin R. J., Sedano H.: *Modern Medicine*, 1971, may 3, 124.
5. Hajjar B. A., Joyeur E. W.: *J. Pediatr.*, 1968, 73, 116.
6. Maxwell E., Esterly N. B.: *Amer. J. Dis. Child.*, 1969, 117, 479.

EIJKMAN (sindromul lui): **sindromul Beri-Beri experimental.**

Este un sindrom Beri-Beri experimental ce se realizează la animalul carențat în aport de vitamina B_1, prin alimentație. El reproduce simptomatologia clinică a bolii Beri-Beri, manifestîndu-se îndeosebi, prin paralizii progresive ale membrelor și crize convulsive.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes*. New-York, 1960.
2. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.

EKONOMO-FISCHER (sindromul lui) (1910—1911): **sindromul nucleului subtalamic al lui Luys.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin hemibalism, determinat de lezionarea hemoragică a nucleului subtalamic al lui Luys. Boala se manifestă cu diferite tulburări motorii ce au caracterul unor mișcări involuntare unilaterale și

Scanned with OKEN Scanner

de mare amplitudine. Aceste mișcări nu sînt cantonate numai la nivelul membrului superior respectiv, ci se extind și asupra umărului, gîtului și capului.

1. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II. Edit. Medicală, București, 1957.
2. Merrit H. H. : *A textbook of Neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

EMERY-DREIFUSS (boala lui) : **forma clinică benignă a distrofiei musculare progresive infantile a lui Duchenne.**

Este o formă de distrofie musculară progresivă infantilă cu evoluție lentă și benignă, asemănătoare bolii lui Duchenne. Ca și aceasta din urmă și această distrofie musculară are o transmitere recesivă legată de sex (vezi boala lui Duchenne).

1. Dubois B. : *Lille méd.*, 1971, 16, 1 160–1 177.
2. Emery A. E. H. : *Nature*, 1964, 201, 1 044.
3. Emery A. E. H., Dreifuss T. E. : *J. Neurol.* 1966, 29, 338.
4. Emery A. E. H., Teasdall R. D., Loomes E. N. : *Bull. Hopkins Hosp.* 1966, 118, 439.

ENGEL (sindromul lui) : **infiltratul labil al pulmonului.**

Este o pneumopatie virală care a fost identificată la Shangai și care se manifestă clinic prin febră, tuse cu expectorație aerată, galbenă, dureri toracice și tuse rebelă la tratament. Boala ar fi determinată de un adenovirus. Din punct de vedere radiologic, boala se prezintă ca niște umbre pulmonare fugace. În sînge, se remarcă concomitent o eozinofilie severă. Boala durează circa 7—10 zile.

1. Evans A. S. : *New Engl. J. Med.*, 1958, 259, 464.
2. Meiklejohn G. : *J.A.M.A.*, 1962, 179, 594.
3. Parrott R. H. : *Bull. New York Acad. Med.*, 1963, 39, 629.
4. Portonoy B. : *California Med.*, 1965, 102, 431.

ENGELMANN (boala lui) (1929) : **periostita hiperplastică ; sindromul Camurati-Engelmann ; osteopatia hiperostotică multiplă infantilă ; osteopatia**

Scanned with OKEN Scanner

hiperostotică sclerozantă; hiperostoza sistematică scleroasă a copilăriei; displazia infantilă hematogenă multiplă.

Boală ce face parte din grupul osteosclerozelor ereditare. Se caracterizează prin îngroşarea oaselor lungi, hipotonie şi atrofie musculară. Boala apare în prima copilărie, determinînd o fatigabilitate progresivă şi mersul aşa-zis de „raţă". De altfel, copiii încep să meargă destul de tîrziu. Examenul radiologic pune în evidenţă o îngroşare simetrică a diafizei oaselor lungi, cu osificarea concomitentă a periostului şi o structură cribriformă vicioasă a stratului compact, îngustarea canalului medular şi uneori, dilatarea lui. Nu se observă tendinţa la fracturi. Epifizele şi metafizele sînt indemne. Numai rareori sînt afectate vertebrele, oasele craniene şi ale bazinului. Deşi hiperostoza este generalizată, totuşi ea nu lezionează decît diafizele osoase.

1. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
2. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München–Berlin–Wien, 1966.
3. Touraine A.: *L'hérédité en médecine,* Masson C-ie, Paris, 1955.

ENGMANN-JANSEN (sindromul lui) (1935): pigmentaţia parvoreticulară cu leucoplakia şi distrofia unghiilor; atrofia congenitală a pielii cu pigmentaţia reticulară.

Este o dermatoză ce se manifestă clinic prin prezenţa unor leziuni leucoplazice la nivelul limbii şi în cavitatea bucală. La nivelul picioarelor, mîinilor şi gambelor apar nişte leziuni cutanate atrofice, asemănătoare cu cele din acrodermatita atrofiantă. Leziuni similare se observă de asemenea şi la nivelul unghiilor. La nivelul feţei, pielea se prezintă ca şi în xeroderma pigmentosum, cu deosebirea că nu există tulburări de keratinizarea epidermului şi efelide. La unii bolnavi mai apare o hiperpigmentaţie reticulată diseminată, cu o depigmentaţie concomitentă. Evoluţia bolii este foarte lentă. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie,* Maloine edit., 1956.

Scanned with OKEN Scanner

2. Engmann M. F. : *J.A.M.A.*, 1935, 105, 1 252.
3. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, 1952.
4. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous Medicine*, W. B. Saunders, 1961.

EPSTEIN (boala sau sindromul lui) (1917) : **nefroza lipoidică ; nefroza pură ; nefroza adevărată ; glomerulonefrita membranoasă.**

Este vechea denumire a glomerulonefrozei lipoidice, afecțiune renală caracterizată clinic printr-un sindrom nefrotic (edeme, albuminurie masivă, hipoprotidemie, hipercolesterolemie), fără nefrită asociată, fără amiloză și fără etiologie luetică. Epstein, care în 1917 a izolat această entitate clinică, i-a atribuit o etiologie hipotiroidiană, care astăzi este abandonată. Astăzi se crede că glomerulonefroza lipoidică este o entitate nosologică deosebită de glomerulonefrită, avînd o etiologie încă necunoscută. S-ar părea că este vorba de tulburări ale permeabilității glomerulare sau tulburări ale metabolismului protidic. Boala se întîlnește mai frecvent la copii și la adultul tînăr. Histopatologic, leziunea caracteristică este la nivelul membranei bazale a glomerulului, care devine omogenă, tumefiată și laxă. Leziunile tubulare sînt secundare. Tabloul clinic este dominat de edeme. În urină se găsește o proteinurie masivă (9—60 g‰), sedimentul conține corpi birefringenți (cristali de colesterol). În sînge se găsește o hipoproteinemie, hipercolesterolemie, inversarea cîtului albuminos. Prognosticul este relativ bun la copii ; mai rezervat, la adulți. Tratamentul este simptomatic, hormonal (corticosteroizi) și substanțe imunodepresive).

1. Adams D. A. : *The pathophysiology of the nephrotic syndrome. Arch. intern. Med.*, 1960, 106, 117.
2. Brod J. : *Arch. Int. Pharmacodyn.*, 1962, 129, 346.
3. Kark R. M., Pirani C. L. : *Ann. int. Med.*, 1958, 49, 751.
4. Reubi F. : *Nephrologie clinique*. Edit. Masson C-ie, 1961.
5. Sarre H. : *Nierenkrankheiten*. G. Thieme, 1969.

EPSTEIN-BARR (boala lui) : **mononucleoza infecțioasă cu virus Epstein-Barr ; adenolimfoidita acută benignă.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală infecțioasă acută, sporadică sau epidemică, mai frecvent întîlnită între 15—30 ani, caracterizată printr-un sindrom infecțios, o anginǎ, o poliadenopatie și o splenomegalie, care traduc o atingere generală a țesutului limfatic, un sindrom sanguin cu o nucleoză monocitară și o reacție serologică specifică. Boala este determinată de virusul Epstein-Barr, care invadează organismul prin rino-farinx. Perioada de incubare este 10—15 zile, iar debutul este rapid însă progresiv, manifestîndu-se prin oboseală, grețuri, cefalee, hipertermie și disfagie. Adenopatiile apar mai tîrziu (2—7 zile). În cursul evoluției apar următoarele simptome și semne : anginǎ, poliadenopatie, splenomegalie, sindrom meningeal, erupții scarlatiniforme, morbiliforme, etc. În sînge se observă mai întîi leucopenie, apoi, hiperleucocitoză moderată cu mononucleoză forte. Boala durează 4—5 zile, după care urmează o lungă convalescență. Tratamentul constă în repaus la pat, antibiotice și corticosteroizi.

1. Becker F. W. and cow. : *Klin. Wochschrift*, 1972, 50, 19, 927.
2. Lindsey D. C., Chrisman W. P. : *J.A.M.A.*, 1955, 157, 1 406.
3. Pereira Margerite S. : *Lancet*, 1972, 7 753, 710–711.

EPPINGER-CESA BIANCHI (boala lui) : ciroza hipertrofică splenomegalică cu hiperhemoliză ; ciroza reticulo-endotelială cu hiperhemoliză.

Boala lui Eppinger-Cesa Bianchi este un proces hiperplazic reticulo-endotelial, care interesează mai întîi splina și mai apoi, după ani de zile, ficatul, producînd în ambele organe modificări morfo-funcționale importante. Astfel, la nivelul splinei se produce o accentuare a funcției hemocateretice și hipersplenism, iar la nivelul ficatului (în afară de o activizare a celulelor Kupffer în sens hemocateretic) o alterare a stromei conjunctivale și vasculare cu tendință la scleroză și ciroză de tip hipertrofic. Unii cred că boala n-ar fi în esență, decît o asociere între o hepatopatie cronică și o boală hemolitică, amîndouă independente din punct de vedere etiopatogenic. Boala ar putea fi determinată atît de alcoolism cît și de malarie. Tabloul clinic este asemănător aceluia din hepatita cronică și ciroza hipertrofică.

Scanned with OKEN Scanner

În sînge se găsește hiperhemoliză și cîteodată, macrocitoză. Boala are o evoluție cronică.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne,* Editura Medicală, București, 1969.
3. Teodori U., Arduzzone G. : *Rivista critica di clinica medica,* 1968, 68, 629.

ERB (boală) (1878) : **miopatia primitivă progresivă scapulo-humerală de tip Erb ; miopatia forma juvenilă Erb.**

Este o miopatie primitivă progresivă cu debut la pubertate sau mai tîrziu, care evoluează lent și care se caracterizează printr-o atrofie a musculaturii centurii scapulare și a brațului. Boala nu are tendință la pseudohipertrofie. Boala are caracter ereditar dominant. Sînt interesați constant deltoidul, marele și micul pectoral, fasciculul inferior al trapezului, marele dorsal, marele dințat, romboidul. La membrele superioare sînt atrofiați, destul de precoce, bicepsul, lungul supinator. Din cauza atrofiei mușchiului mare dințat, omoplatul se îndepărtează de torace, îmbrăcînd aspectul de scapula alata. Tratamentul este simptomatic, gimnastică, masaj, glicocol, etc.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Buc.
2. Kreindler A. : *Neurologia,* Vol. II, Edit. Medicală, Buc., 1957.
3. Lee F. I., Hughes D. T. : *Brain,* 1964, 87, 521–536.
4. Pachomov N., Caughey J. E. : *Neurology,* 1960, 10 ,28–42.

ERB-CHARCOT (boala lui) (1875) : **scleroza laterală primitivă ; scleroza sau paralizia spinală spasmodică ; tabesul dorsal spasmodic.**

Este o paralizie progresivă spasmodică a membrelor inferioare prin atingerea bilaterală a căilor piramidale. Histopatologic, boala se caracterizează printr-o degenerescență a căilor piramidale (neuronul motor central) în segmentele dorsale inferioare. Etiologic, boala poate fi determinată ereditar idiopatic, sau secundar, după diferite afecțiuni ale sistemului nervos central (mielită, lues, scleroză în plăci, etc.). Se întîlnește mai frecvent între 20—40 ani, mai ales la bărbat. La copil se observă paraplegia spasmodică a lui Little. Cli-

Scanned with OKEN Scanner

nic, boala se caracterizează prin oboseala progresivă a membrelor inferioare cu spasme, hiperreflexie tendinoasă, mersul spasmodic, clonusul piciorului și semnul lui Babinski, pozitiv. Nu există tulburări de sensibilitate. La unii bolnavi apar crize epileptice. Prognosticul este foarte rezervat: boala evoluează lent, iar leziunile sînt ireversibile. În afară de fizioterapie nu există tratament specific.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, 1971.
3. Hyland H. H.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
4. Schumacher G.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 969.
5. Schumacher G.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 1 069.

ERB-CROUZON (sindromul lui): **paraplegia sifilitică progresivă.**

Este o afecțiune de etiologie luetică ce se manifestă clinic printr-un sindrom spastic, cu evoluție lentă și progresivă, la care se asociază ulterior tulburări ale sensibilității, tulburări funcționale din partea vezicii urinare, tulburări de acomodare pupilare (Argyll-Robertson), etc. În lichidul cefalorahidian, se găsește limfocitoză. Reacțiile serologice pentru lues sînt pozitive. Tratamentul este antiluetic.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd ed Oxford, 1964.
3. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.

ERB-DUCHENNE (boală): **paralizia plexului superior; paralizia lui Erb-Duchenne.**

Este o boală determinată de paralizia plexului brahial datorită unei hiperextenzii a trunchiului nervos. Această hiperextenzie nervoasă se produce în diferite împrejurări ale nașterii, însă sînt mai frecvente în prezentarea pelvină, cînd eliberarea capului se face cu greutate. Cel mai frecvent sînt lezate ramurile cervicale ale perechii a V-a și a VI-a, ceea ce are ca urmare o pareză sau o paralizie a umărului și a muș-

Scanned with OKEN Scanner

chilor superiori ai brațului, care atîrnă în adducție și pronație. Prognosticul bolii este întotdeauna incert. În multe cazuri, pareza se vindecă în cîteva săptămîni sau luni; alteori, rămîn paralizii ale deltoidului. Tratamentul se bazează aproape exclusiv pe fizioterapie.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Maas O., Paterson A.: *Brain*, 1950, 73, 318–336.
3. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.

ERB-GOLDFLAM (boala lui) (1878): **miastenia gravă; paralizia bulbară astenică; miastenia pseudoparalitică; sindromul Goldflam-Erb.**

Este o boală caracterizată prin lezionarea tuturor mușchilor voluntari însă cu deosebire, a celor de la față, ochi, faringe și laringe, care determină apariția unei fatigabilități importante cu recuperare funcțională numai după un repaus destul de lung. Relaxarea și hipotonia mușchilor feței și ptoza pleoapei superioare determină apariția faciesului miastenic caracteristic. Boala este mai frecventă la femei, în jurul vîrstei de 20—40 ani. Etiologia bolii este discutabilă. Se pare că tulburarea în transmisia impulsului nervos se găsește la nivelul plăcii neuromusculare. Se crede că ar fi vorba de o cantitate insuficientă de acetilcolină sau că aceasta s-ar distruge mai rapid, din cauza unei hipercolinesterazemii. Se crede apoi că în geneza bolii, un rol important l-ar juca și unele tumori ale timusului. Simptomatologia clinică este dominată de fatigabilitatea musculară cu mers progresiv. Tulburarea importantă se cantonează la nivelul mușchilor inervați de nervii cranieni. Astfel, se observă tulburări de motilitate la mușchii oculari, determinînd în afară de ptoză palpebrală, strabism și diplopie. Bolnavii mai prezintă o greutate în vorbire, disfagie, imposibilitatea de a ține capul ridicat. Reflexele osteo-tendinoase sînt la început prezente, ulterior, ele diminuează și chiar dispar. Proba terapeutică cu prostigmină este concludentă. Boala are o evoluție lentă. Simptomele pot dispare în cursul sarcinii. Din punct de vedere histopatologic, nu se găsesc leziuni specifice, în afară de o infiltrare limfocitară a mușchilor. Prognosticul, înainte de tratament era

Scanned with OKEN Scanner

foarte rezervat. Actualmente, bolnavii supravegheaţi medical, pot duce multă vreme o viaţă aproape normală.

1. Gordon S. V. şi colab. : *Arch. of Int. Med.*, 1965, 115, 405.
2. Hermann C. jr. şi colab. : *Ann. Surg.*, 1963, 158, 85.
3. Humphrey J. G. : *Postgrad. Med.*, 1965, 38, 64.
4. Osserman K. E. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1966, 135, 5.

ESCAT (sindromul lui) : **migrena optică ; sindromul Bárány (vezi).**

ESPUNDIA (boală) : **leishmanioza mucocutanată (nasofaringiană).**

Este o boală tropicală, un fel de leishmanioză a tegumentelor şi mucoaselor, frecventă în Sud-America, care începe cu o papulă ce se transformă într-un ulcer sîngerînd. În afară de aceasta, mai există o formă nodulară şi o formă de papilom ca în framboesia. Leziunile iniţiale de pe tegumentele descoperite şi mai ales pe urechi, iau forme variate. Leziunile nasofaringiene pot urma după vindecarea celor cutanate sau se pot dezvolta în acelaşi timp. De obicei, se lezionează partea anterioară a septului cartilaginos, producîndu-se o eroziune mare şi hidoasă, care poate cuprinde şi osul. Limfadenopatia regională este obişnuită ; în sucul tisular aspirat prin puncţie se pot găsi corpii lui Leishman-Donovan. Reacţia lui Montenegro este pozitivă. Tratamentul specific este tartratul de antimoniu şi potasiu.

1. Manson-Bahr P. E. C., Southgate B. A. : *J. Trop. Med.*, 1964, 67, 79.
2. Nauck E. G. : *Lehrbuch der Tropenkrankheiten*, G. Thieme, Stuttgart, 1962.
3. Sen Gupta P. C. : *Indian Med. Gaz.*, 1954, 85, 291.

ESTREN-DAMESHEK (sindromul lui) : **hipoplazia medulară familială.**

Este o anemie aplastică familială, asemănătoare cu anemia pseudo-pernicioasă a lui Fanconi (nucleoza aplastică infantilă familială) de care se deosebeşte numai prin aceea că, în afară de hipoplazie medulară, nu se întîlnesc nici un fel de malformaţii. Tabloul clinico-biologic se

Scanned with OKEN Scanner

caracterizează prin anemie hipercromă, leucopenie, trombopenie și diferite hemoragii. Evoluția bolii este foarte severă.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie*, 2 Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M. : *Hematologie clinique*, Masson C-ie, Paris, 1958.
3. Fanconi G. : *Lehrbuch der Pädiatrie*, 7 Aufl., B. Schwabe, Basel, 1963.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, Philadel., 1961.

EULENBURG (sindromul lui) (1886) : **paramiotonia congenitală.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul miotoniilor. Este o varietate de miotonie care se declanșează prin frig, chiar în momentul ingestiei de apă rece. Boala apare încă în prima copilărie, manifestîndu-se clinic prin simptome miotonice, la extremitățile inferioare și cele superioare, sub influența expunerii la frig. Sub influența frigului degetele de la ambele membre rămîn rigide, în aceeași poziție și numai după încălzirea lor, ele își recapătă mișcările. La examenul electric se constată o excitabilitate neuromusculară crescută. Reacția miotonică este discret manifestă. Evoluție relativ bună.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Struppler A. : *Myopathien*, Stuttgart, G. Thieme, 1965.

EVANS (sindromul lui) : **purpura trombocitopenică ; sindromul Evans-Fisher.**

Boală excepțional de rară, sindromul Evans face parte din grupul trombopeniilor. Boala asociază o trombopenie de tip periferic și o anemie hemolitică imunologică. Etiologia uneori pare a fi lupusul eritematos diseminat sau o hemopatie limfoidă. Alteori, cauza nu poate fi precizată. Boala se întîlnește la ambele sexe. În sindromul Evans-Fisher, trombocitopenia se asociază cu o anemie hemolitică cu testul Coombs pozitiv.

1. Bauters F. : *Lille méd.*, 1972, t. XVII, nr. spécial.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, Philadelph., 1969.

Scanned with OKEN Scanner

3. Delobel J. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 259.
4. Hirsch E. O., Dameshek W. : *Ann. Int. Med.*, 1953, 38, 433.
5. Lozner E. L. : *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1954, 30, 184.

EVANS (boală) (1949) : **cardiomegalia lui Evans.**

Este o cardiopatie familială, ereditară, care se caracterizează prin existența unei cardiomegalii. Clinic, boala se manifestă prin dispnee, dureri precordiale, palpitații, lipotimii. La examenul fizic și la cel radiologic, se constată un cord mare. Pe electrocardiogramă se remarcă diferite anomalii electrice. Histopatologic, boala se caracterizează prin existența unor leziuni miocardice, datorită unor depozite de glicogen. Etiologia bolii nu este încă precizată. Evoluția bolii este relativ lungă. Prognosticul este rezervat.

1. Friedberg C. : *Diseases of the heart*, W. B. Saunders, 1966.
2. Luisada C. : *Examination of the cardiac patient*, edit. Blakiston, 1965.
3. Nadas A. S. : *Pediatric cardiology*, 2nd, ed. W. B. Saunders, 1963.
4. Wood P. : *Diseases of the heart and circulation*, 2nd, ed. Lippincott, 1956.

EVANS (sindromul lui) (1946) : **distrofia simpatică reflexă.**

Afecțiune descrisă în 1946, sindromul lui Evans constă din apariția unor tulburări din partea vaselor și nervilor, în urma unui traumatism sever al extremităților (luxație, fracturi, etc.). Se manifestă clinic prin simptome de ordin neurovegetativ, sub formă de paloare sau congestie, edeme și dureri în extremități și o transpirație abundentă.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
2. Evans J. : *Surg. Gynec. Obstetr.*, 1946, 82, 36.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, Buc., 1967.

EVANS-FISHER (sindromul lui) : **purpura trombocitopenică idiopatică ; sindromul lui Evans** (vezi).

EWING (boală) : **sarcomul lui Ewing.**

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiune osoasă malignă (malignom medulogen), sarcomul Ewing este mai frecvent la sexul masculin decît la cel feminin. Apariția bolii este observată între 10—15 ani. Evoluează de obicei în puseuri febrile. Leziunile osoase se caracterizează printr-un proces predominant osteolitic, cu reacție periostală precoce, cu aspect de „foi de ceapă". Un semn important radiologic este acela că tumoarea produce o umflare a osului fără a-i perfora periostul. Boala reacționează foarte favorabil la iradiațiile cu razele roentgen.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique*, Edit. Masson C-ie, 1963.
3. Johnson R. E., Pomerag T. C. : *Am. J. Roentgenology, Radiol. Therap. and Nuclear Med.*, 1967, 114, 3, 532.
4. Skowronska I. : *Ped. Pol.*, 1973, 48, 209.

Scanned with OKEN Scanner

F

FABER (boala lui) (1909): **boala lui Faber Knud; anemia hipocromă esenţială feriprivă a adultului; anemia clorotică; anemia microcitară hipocromă hiposideremică; boala lui Schulten.**

Este o anemie dismetabolică determinată de tulburări de absorbţie intestinală a fierului, caracterizată prin hematii mici şi palide (anemie microcitară hipocromă) datorită unei tulburări a eritropoiezei prin lipsă de fier. Boală constituţională, familială, mai frecventă la femei, ea apare cu deosebire între pubertate şi menopauză. La fetele tinere, se numeşte cloroză. Boala debutează insidios prin slăbire, fatigabilitate, simptome digestive (arsuri gastrice, anorexie, dureri abdominale, disfagie, stomatite, glosite — sindromul Plummer-Vinson) şi ragade la comisurile bucale. Se mai observă dureri în extremităţi, unghii plate şi casante şi diferite meno-metroragii. Biologic se constată: carenţa hemoglobinei în fiecare hematie; acestea au forma rotundă, sînt mici, palide. Valoarea globulară este diminuată, numărul hematiilor este de 3—4 milioane pe mmc. Fierul seric este diminuat, iar măduva

Scanned with OKEN Scanner

osoasă hiperplazică. Prognosticul este bun. Tratamentul constă din transfuzii sanguine și fier.

1. Crosby W. H. : *Disease a month*, Ian, 1966.
2. Finch D. A. : *Nutrition Abstr. and Rev.*, 1965, 23, 129.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Kasper C. K., Whissell D. Y. E., Wallerstein R. O.: *J.A.M.A.*, 1965, 191, 359.

FABRY (boala lui) (1898) : **angiokeratomatoza difuză a corpului ; tesaurismoza diaminofosfatidică.**

Descrisă de Anderson în 1897, ea a fost individualizată ca entitate nosologică de Fabry, care a observat un caz timp de 34 ani (1898—1932), descriind cele trei faze evolutive principale ale bolii. Afecțiunea se datorește unui deficit în hidroliza lipidelor, care provoacă acumularea în viscere și eliminarea prin urină de cantități sporite de derivați ai ceramidei, trihexosylceramida și desoxylceramida. Transmisia ereditară este dominantă și legată de sex, depistarea bolii făcîndu-se prin examenul corneei, biopsie cutanată și analiza cromatografică a urinii. Afecțiunea este rară. Simptomatologia clinică este zgomotoasă, fiind dominată de crize de acroparestezii, accese febrile neexplicate și proteinurie tranzitorie. Leziunile cutanate sînt discrete. În faza doua, care durează de la 5—10 ani, între vîrstele extreme de 20—30 ani, proteinuria devine permanentă, funcțiile renale se alterează și angiokeratoamele se multiplică. În faza treia, apar insuficiențele renale și vascular-cerebrale și arterita membrelor inferioare. Acum apar leziuni corneene. Angiokeratoamele se stabilizează. Nu există nici un fel de tratament. Din punct de vedere histopatologic, boala se caracterizează printr-o invadare a organelor cu glicosfingolipide, care se acumulează în celulele bogate în lizozomi și mitocondrii. Bolnavii mor de obicei între 50—60 ani. Nu are tratament.

1. Demons F., Walbaum R. : *Lille med.*, 1972, XVII, 3, 447.
2. Fabry J. : *Arch. für Derm. Syph.*, 1898, 43, 187—200.
3. Huriez Cl. : *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.*, 1963, 70, 4, 76.

Scanned with OKEN Scanner

4. Mossard J. M. : *Thèse de médecine*, Strasbourg, 1970.
5. Mouren P., Berard-Badier, Giudicelli S., Pellissier J. F., Pelle J., Mayet J. : *Sem Hôp.*, Paris, 1971, 47, 27, 1 758.
6. Wolff L. S., Mossard J. M., Jossat G., Metzger G. : *Presse méd.*, 1970, 78, 47, 2 053–2 506.

FAHR (boala lui) (1930) : **calcificarea simetrică a nucleilor de la bază ; calcificările cerebrale nearteriosclerotice idiopatice.**

Afecţiunea este determinată de calcificarea simetrică a nucleilor de la bază. Boala survine rar în copilărie ; ea se dezvoltă ulterior, mai ales în cadrul unei hiperparatiroidii cronice. La sugar, boala poate determina dezvelirea ventriculilor din cauza dislocării ependimului, prin depuneri calcare subependimale. Clinic, afecţiunea se manifestă prin crize epileptice, semne piramidale şi extrapiramidale, tulburări psihice şi deseori, semne de insuficienţă paratiroidiană. Depozitele calcare infiltrante de la nivelul nucleilor cenuşii centrali ai creierului, se pot vedea la examenul radiografic. Cauza acestor calcificări este necunoscută. Evoluţia este lent progresivă, în general, de peste 10 ani. Prognosticul este condiţionat de tulburările psihice.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie edit., Paris, 1971.
4. Mouren P., Bérard-Badier, Giudicelli S., Pellissier J. F., Pelle J., Mayet J. : *Sem Hôp.*, Paris, 1971, 47, 27, 1 758.

FALLOT (boala lui) (1888) : **tetralogia lui Fallot ; complexul lui Corvisart ; cardiopatia congenitală cu cianoză.**

Este cel mai frecvent viciu cardiac congenital cu cianoză, caracterizat de o combinaţie între stenoza pulmonară, defect septal ventricular, dextropoziţie a aortei şi hipertrofia ventriculului drept. La examenul fizic, se percepe un suflu sistolic intens (en jet de vapeurs) în spaţiul al treilea intercostal stîng. Cordul nu este de obicei mărit şi are o formă tipică „coeur en sabot"

Scanned with OKEN Scanner

(formă de pantof de lemn). Vîrful lui este rotunjit și ridicat din cauza hipertrofiei ventriculului stîng. Simptomatologia clinică funcțională este reprezentată prin sincope, dispnee și cianoză. Electrocardiograma arată semne de hipertrofie ventriculară dreaptă, la care se poate asocia un bloc de ramură complet sau incomplet. Deseori există semne de hipertrofie auriculară. Prognostic : bolnavii care nu mor în primii ani de viață pot ajunge vîrsta maturității sau chiar a bătrîneții. Marea majoritate mor înainte de vîrsta de 20 ani din cauza unei endocardite, anoxie cerebrală și diferite afecțiuni intercurente. Tratamentul eficace este numai cel chirurgical.

1. Anderson I. M., Newman C. G. H., Urquhart W. : *Brit. J. Radiol.*, 1965, 38, 81.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Hallman G. W., Cooley D. A. : *J. Thoracic and Cardiovasc. Surg.*, 1963, 46, 419.
4. McCord M. C., Van Elk J., Blount S. G. : *Circulation*, 1957, 16, 736.
5. Padmanabhan J. și colab. : *Amer. Heart J.*, 1971, 82, 6, 805–811.

FALLOT (boala lui) : **trilogia lui Fallot.**

Este o cardiopatie congenitală destul de frecvent întîlnită, ce se caracterizează prin stenoză pulmonară (de obicei este o stenoză valvulară), hipertrofia ventriculului drept și un deficit septal atrial. Simptomatologia clinică și electrocardiografică este analoagă cu tetralogia, însă insuficiența cardiacă este mai frecventă aici decît în aceasta din urmă. Cîmpurile pulmonare clare apar aici ca și în tetralogie, în schimb arcul pulmonarei bombează și nu prezintă pulsații. La cateterismul cardiac, se constată o presiune joasă în artera pulmonară și mult crescută în ventriculul drept. Chirurgia a modificat mult prognosticul bolnavilor. Valvulotomia efectuată dinspre ventricul sau dinspre vas, constituie o operație selectivă și eficientă.

1. Bargeron L. M. jr., Clark L. C. jr., Lyons C. : *M. Clin. North America*, 1962, 46, 1 555.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology*, 2nd, ed. W. B. Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

4. Riker W. L.: *S. Clin. North America*, 1963, 43, 133.

FALLOT (boala lui): **pentalogia lui Fallot.**

Este un viciu cardiac congenital cu cianoză determinat de o combinație între stenoza pulmonară, defectul septal ventricular, dextropoziția aortei și hipertrofia ventriculului drept, la care se adaugă un defect septal atrial. În rest, boala se aseamănă din punct de vedere clinic cu tetralogia lui Fallot.

1. Bargeron L. M. jr., Clark L. C. jr., Lyons C.: *M. Clin. North Amer.*, 1962, 46, 1 555.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum Clinique*, Edit. Masson C-ie, 1963.
4. Riker W. L.: *S. Clin. North America*, 1963, 43, 133.
5. Teodorescu Basil: *Cardiologia*, Edit. Medicală, București, 1965.

FALTA (sindromul lui) (1912): **sindromul de senilitate a lui Falta; senilitatea precoce pluriglandulară Claude-Gougerot (vezi).**

FAIRBANCK (boala lui): **distrofie poli-epifizară.**

Distrofia poliepifizară este o boală congenitală foarte apropiată de maladia lui Morquio (osteocondrodisplazia congenitală și familială), cu transmisie ereditară de tip recesiv, care se manifestă clinic printr-o condrodisplazie epifizară. Această tulburare, care se produce la nivelul epifizelor oaselor coapselor, genunchilor, coastelor și pumnilor, determină apariția unor deformații multiple ale membrelor. Deseori, procesul patologic interesează și coloana vertebrală (displazie vertebrală).

1. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles*, Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
2. McKusick V. A.: *Medical Genetics*. Pergamon, 1966.
3. McKusick V. A.: *Heritable Disorders of Connective Tissue*, Mosby, 1966.
4. Waisman H. A.: *M. Clin. North America*, 1966, 13, 469.

FAIRLEY (sindromul lui) (1945): **sindromul poliglobulie-tumoare.**

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul poliglobulie-tumoare este o asociație paradoxală între o poliglobulie și existența concomitentă a unei tumori. De obicei, tumoarea neoplazică ce determină apariția poliglobuliei este de natură renală. Din cauza unei secreții sporite de eritropoietină de la nivelul tumorii renale se produce un număr sporit de eritrocite. Explicația mai puțin clară o au poliglobuliile din cursul evoluției unui hemangiom cerebelos, din cursul neoplaziilor uterine, gastrice și hepatice. Tabloul clinic este dominat, în afară de simptomatologia caracteristică tumorii respective, de prezența poliglobuliei, care poate atinge valori de 6—8 milioane eritrocite pe mmc. Evoluția bolii este în strînsă legătură cu cea a tumorii, care a determinat apariția poliglobuliei.

1. Berger L., Sinkoff M. W. : *Am. J. Med.*, 1957, 22, 791.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Flocks R. H., Kadinsky M. C. : *J. Urol.*, 1958, 79, 196.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

FALCONER (sindromul lui) : **sindromul costo-brahial ; sindromul lui Falconer-Wedell (vezi).**

FALCONER-WEDELL (sindromul lui) : **sindromul costo-brahial ; sindromul Falconer.**

Este un sindrom de compresiune a pachetului neurovascular de la nivelul membrului superior, între claviculă și coasta I-a, datorită tracțiunilor ce se exercită prin purtarea unor obiecte grele (raniță, trunchiuri de copaci, etc.) și prin micșorarea spațiului subclavicular, ca urmare a ptozării centurii scapulare sau poziției incorecte a coastei respective. Sindromul se manifestă clinic prin stază venoasă în mîna de partea bolnavă, nevralgii, leziuni trofice cutanate și uneori, chiar dispariția pulsului radial. Tratamentul este chirurgical și fizioterapic.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
3. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique du médecin praticien.* Edit. Maloine, Paris, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

FALTA (sindromul lui) (1912) : **sindromul de senilitate precoce pluriglandular ; sindromul lui Claude-Gougerot.**

Cunoscut şi sub denumirea de sindromul lui Claude-Gougerot, sindromul Falta se caracterizează printr-o îmbătrînire precoce datorită atrofiei glandelor cu secreţie internă. Afecţiunea se întîlneşte egal la ambele sexe. Tabloul clinic este reprezentat prin existenţa unor tegumente uscate şi ridate, atrofia funcţiei sexuale, căderea părului şi a dinţilor, precum şi o deficienţă somatică şi psihică.

1. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
2. Milcu Şt. : *Endocrinologie clinică.* Edit. Medicală, Buc., 1967.
3. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands.* Lea and Febiger, 1951.

FALSON (sindromul lui) : **sindromul obstructiv prostatic feminin ; sindromul lui Caulk (vezi).**

FANCONI (boala lui) : **fibrinastenia Fanconi.**

Modificările proteinelor plasmatice se produce în cele mai variate circumstanţe patologice. Astfel, în cursul evoluţiei bolilor infecţioase se întîlneşte o creştere a gamaglobulinelor, care sînt suportul anticorpilor şi în acelaşi timp, o creştere a vitezei de sedimentare a hematiilor. Creşterea aceasta poate căpăta uneori aspecte deosebite mai ales la copii şi la sugar, fapt ce se traduce prin apariţia unor precipitate punctiforme sau liniare de macroglobuline sau de fibrinogen, care în final, poate altera coagularea sîngelui. Această stare patologică se cunoaşte sub denumirea de fibrinastenia lui Fanconi. De obicei, acest fenomen se întîlneşte la indivizii cu leziuni hepatice importante, tumori hepatice maligne sau sifilis congenital. Prognosticul bolii este întotdeauna defavorabil.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Sachs M. S. : *Ann. Int. Med.*, 1955, 43, 1 139.
3. Verstraete M. şi colab. : *Am. J. Med.*, 1965, 38, 899.
4. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique du médecin praticien.* Edit. Maloine, Paris, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

FANCONI (boala lui): **anemia pseudopernicioasă a lui Fanconi; mieloza aplastică infantilă familială.**

Este o formă clinică de anemie aplastică, foarte rar întîlnită, mai ales la copii între 5—7 ani. Boala se caracterizează prin existența unei anemii hipercrome, leucopenie, trombopenie și diferite tulburări endocriniene (atrofie sau ectopie testiculară, nanism, etc.). Măduva osoasă are caracter hipoplastic. Copiii atinși de această boală mor de obicei din cauza hemoragiilor, scurt timp după apariția afecțiunii.

1. Begemann H., Harwerth H. G.: *Praktische Hämatologie*, 2 Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Lehrbuch der Pädiatrie*, 7 Aufl. Schwabe, Basel, 1963.
3. Emerit J.: *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum Clinique*, Edit. Masson C-ie, 1963.
5. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, Philadelphia, 1961.

FANCONI (sindromul lui): **nefronoftizia sau degenerescența tubulară progresivă.**

Este o tubulodisplazie renală distală de cauză pseudoendocriniană ce se întîlnește la copii, manifestîndu-se clinic prin poliurie, polidipsie, hiperelectrolitemie, scăderea rezervei alcaline, anacidogeneză, anamoniogeneză și scăderea coeficientului amoniacal în urină. Se datorește unei insuficiențe multiple a tubului contort distal. Simptomatologia progresează odată cu dezvoltarea copilului, ajungînd la instalarea unei insuficiențe renale totale. De obicei, indivizii atinși de această afecțiune nu depășesc niciodată vîrsta de 6—8 ani.

1. Dousset H., Plard C.: *Vademecum encyclopédique du médecin praticien*. Edit. Maloine, Paris, 1970.
2. Fanconi G.: *Jarhb. Kinderheilk.*, 1936, *147*, *299*.
3. Fanconi G., Bickel H.: *Helv. paed. acta*, 1949, 4, 359.
4. Fanconi G., Prader A.: *Schweiz. Med. Wschr.*, 1953, 186.
5. Reubi F.: *Néphrologie clinique*. Masson C-ie, Paris, 1961.

FANCONI (boala lui) (1927): **trombopenia lui Fanconi.**

Scanned with OKEN Scanner

Face parte din trombopeniile asociate cu atingerea altor linii medulare. În boala lui Fanconi, care apare în a doua copilărie, între 5—10 ani, pe lîngă aplazia medulară apar și o serie de semne cutanate (pigmentație brună) și malformații diverse: malformații ale policelui, anomalii renale. Transfuziile de sînge pot avea un efect favorabil, însă tranzitoriu. Din cauza lor poate să apară hemocromatoza. Cu testosteron sau dianabol combinat cu corticosteroizi s-a reușit a se prelungi mult viața acestor bolnavi.

1. Alagille D.: *Rev. Prat.*, 1967, XVII, 483.
2. Delobel J.: *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 453–460.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
4. Stefanini M., Dameshek W.: *The hemorrhagic disorders.* New York, Grune and Stratton, 1955.

FANCONI (sindrom): **insuficiența totală a tubului proximal; sindromul Toni-Debré-Fanconi.**

Este o eroare metabolică derivînd dintr-un defect congenital al reabsorbției și secreției tubulare renale, de obicei, fără insuficiență renală, sau cel puțin neproporțională. La copii, boala se manifestă prin opriri în creștere, rahitism hipofosfatemic cu acidoză, glicozurie renală și aminoacidurie, însă fără hiperazotemie (spre deosebire de rahitismul renal hiperfosfatemic). La adulți, deficiențele tubulare renale sînt mai puțin severe, însă se observă deseori osteomalacie. Se observă deseori, de asemenea, simptomul complex denumit acidoză tubulară renală. Boala se datorește unei anomalii congenitale a tubilor contorți proximali, care sînt mai scurți și sînt uniți de glomerulii normali printr-un segment lung și îngustat „gît de lebădă". În această zonă s-a pus în evidență absența fosfatazei alcaline. S-au observat de asemeni și modificări la nivelul tubului distal.

1. Clay R. D., Darmady E. M., Hawkins J.: *J. Path. and Bact.*, 1953, 65, 551.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
3. Reubi F.: *Néphrologie clinique.* Edit. Masson C-ie, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

4. Sirota J. H., Hammerman D. : *Am. J. Med.*, 1954, 16, 138.
5. Sarre H. : *Nierenkrankheiten*, G. Thieme. Verlag-Stuttgart, 1969.

FANCONI-FERRAZINI (sindromul lui) : **analgia lui Fanconi-Ferrazini ; sindromul Ford-Wilkins** (vezi).

FANCONI-PATRASSI (sindromul lui) : **anemia hemolitică congenitală a lui Fanconi-Patrassi.**

Ca şi sindromul Rietti-Greppi-Michelli, această hemopatie este o anemie hemolitică familială, caracterizată clinic prin splenomegalie moderată, pusee febrile însoţite de icter, anemie, procese accentuate de osteoporoză şi întîrziere în dezvoltarea psiho-somatică a copilului. Boala se datoreşte prezenţei în eritrocit a unor hemoglobine anormale (A_2, F, C etc.). Biologic, boala se caracterizează prin anemie, leucocitoză moderată, rezistenţă globulară scăzută, hiperbilirubinemie şi hiperbilirubinurie. Evoluţia este mai benignă decît în thalassemia majoră. De fapt, acest sindrom cît şi cel al lui Rietti-Greppi-Michelli, nu constituie decît forme clinice prea puţin diferenţiate de talassemia minoră.

1. Gasser C. : *Die hämolitische Syndrome im Kindesalter.* G. Thieme, 1951.
2. Fanconi G. : *Arch. Kinderheilk*, 1939, 177, 1.
3. Maier C. : *Hämolyse und hämolitischen Krankheiten.* H. Huber, 1950.
4. Marti H. R. : *Praxis*, 1961, 50, 703.

FANCONI-SCHLESINGER (sindromul lui) : **hipercalcemia idiopatică cronică ; hipercalcemia idiopatică severă.**

Este o formă clinică de hipercalcemie idiopatică, care asociază pe lîngă această tulburare metabolică o serie de simptome care-i dau dreptul de a fi o entitate nosologică aparte. Pe lîngă hipercalcemie mai întîlnim : azotemie, oligofrenie şi malformaţii cardiace. Faciesul acestor copii, pentru că boala se manifestă mai pregnant la această vîrstă, este tipic : hipertelorism, nas în şa, buza superioară proeminentă şi inserţia joasă a pavilionului urechii. Dacă bolnavii nu se pierd prin intoxicaţie calcică, atît modificările umorale cît şi otoscleroza pot retroceda în decursul anilor. Boala se datoreşte unui grad mare de sensibilitate a organismului la vitamina D. Cura

Scanned with OKEN Scanner

Dent poate ameliora starea generală a bolnavului.

1. Camus J. P. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 3 497–3 504.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. București.
3. Gaudier B., Ponté C., Nuyts J. P., Bonte C., Ryckewaert Ph., Lacombe A. : *Lille Méd.*, 1969, 14, 3, 293–300.
4. Gorin R., Salama C. : *Méd. Infantile*, 1966, 73, 555.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, 1961.

FANCONI-HEGGLIN (sindromul lui) (1941) : **pneumonia cu reacţia Wassermann pozitivă.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin prezenţa unor focare inflamatorii pulmonare, simultană cu reacţia serologică Wassermann pozitivă. Boala debutează cu tuse, dureri toracice difuze, astenie, anorexie şi stare subfebrilă. La ascultaţie se percep raluri sibilante şi ronflante, rareori, focare de condensare cu raluri subcrepitante sau chiar crepitante. Viteza de sedimentare a hematiilor este crescută. La examenul radiologic se constată un focar inflamator localizat perihilar. Afecţiunea este de natură virală. Pozitivitatea reacţiei Wassermann se datoreşte atingerii concomitente şi a ficatului. Prognosticul este bun. Afecţiunea apare cel mai frecvent la persoanele cu stări alergice şi cu bronşite cronice.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hegglin G., Grumbach J. : *Schweiz. Med. Wschr.*, 1941, 16, 578.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Fanconi G. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1936, 66, 821.

FANCONI-TONI-DEBRÉ (sindromul lui) : **rahitismul din insuficienţa tubului proximal ; sindromul Lignac-Fanconi ; boala lui Abderhalden-Fanconi.**

Este o entitate clinică caracterizată prin prezenţa simultană a unei hiperaminoacidurii, glicozurii şi hiperfosfaturie cu rahitism sau osteomalacie. Aceste tulburări apar în primele luni de viaţă şi determină tulburări de creştere şi dez-

Scanned with OKEN Scanner

voltarea unui nanism precoce. Boala pare a fi determinată de o deficiență funcțională în ceea ce privește reabsorbția tubulară de glucoză, fosfați și acizi aminați. Boala este transmisă, probabil, de o genă autosomală recesivă. În forma adultă, perturbările ereditare apar tardiv. În cele secundare, simptomatologia renală este de obicei mascată de afecțiunea cauzală. Prognosticul este rezervat; rareori copiii ating vîrsta de 10 ani. La adult, prognosticul depinde mai ales de afecțiunea cauzală. Tratamentul constă din administrare de vitamina D, corecția acidozei și măsuri ortopedice.

1. Debré R., Royer P., Lestradet H. : *Sem. Hôp.* Paris, 1956, 32, 235.
2. Fanconi G. : *Jahrb. Kinderheilk*, 1931, 133, 256.
3. Fanconi G. : *Jahrb. Kinderheilk*, 1936, 147, 299.
4. Reubi F. : *Néphrologie clinique*, Masson C-ie, 1961, Paris.

FARBER (boala lui) : **lipogranulomatoza.**

Este o boală determinată de o tulburare congenitală a metabolismului lipidelor, caracterizată printr-o acumulare de lipoglicoproteine în țesuturile subcutanate și periarticulare. Boala se manifestă imediat după naștere și se poate întovărăși de infiltrații pulmonare. La baza patogenezei acestei afecțiuni stă deficitul congenital de ceramidază.

1. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
2. Sugita M. și colab. : *Science*, 1972, 4 064, 1 100.

FAUCHART (boala lui) (1720) : **pioreea alveolo-dentară ; polialveoliza.**

Este o denumire veche a pioreei alveolo-dentare, care nu se mai utilizează astăzi.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962, Paris.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Masson C-ie, 1963, Lab. Delalande-Courbevoie.

FAVRE-CHAIX (sindromul lui) : **angiodermita pigmentată și purpurică.**

Este o dermatoză caracterizată clinic prin diferite infiltrate hemoragice mici, maculoase, echimotice sau purpurice. La acestea se asociază placarde pigmentate și o dermatită superficială.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V., Saunders.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI-a, Mosby, 1956.

FAVRE-RACOUCHOT (boala lui) (1951) : **elastoidoza cutanată nodulară cu chisturi şi comedoane.**

Este o dermatoză ce apare de obicei localizată cu predilecţie la nivelul regiunilor temporale şi periorbitare. Este mai frecventă la bărbaţi. Pielea este ridată, iar pe suprafaţa ei apar numeroase comedoane şi chisturi, care conţin mase de epiderm descuamat, keratinizat. De obicei, aceste leziuni se dezvoltă în regiunile care sînt cel mai mult expuse razelor solare. Etiologia bolii este necunoscută. Nu există tratament specific.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine edit., 1956.
2. Favre L., Racouchot P. : *Ann. Dermat. Syph.*, 1951, 78, 681.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

FARBER-COHEN-UZMAN (boala lui) (1957) : **lipogranulomatoza ; sindromul Farber (vezi).**

FAVRE-CROIZAT-GUICHARD (boala lui) (1934) : **mieloza aleucemică megacariocitară ; anemia splenică eritroblastică.**

Este o afecţiune hematologică caracterizată printr-o anemie ce se însoţeşte de prezenţa de eritroblaşti în sîngele periferic şi uneori, un număr variabil de mielocite sau metamielocite. Bolnavii mai prezintă o splenomegalie. Puncţia splinei arată o reacţie eritro-mieloidă. Se găseşte adesea o osteomielosclerozâ. Mielograma este foarte săracă şi adesea puncţia este albă. La examenul radiologic se observă o densificare osoasă. Unii cred că n-ar fi decît o varietate de sindrom hemolitic.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*. Lea and Febiger, Philadelph., 1961.

Scanned with OKEN Scanner

FAZIO-LONDE (sindromul lui) (1892) : **paralizia bulbară progresivă infantilă.**

Este un sindrom de paralizie bulbară progresivă cu debut precoce, o evoluţie rapid defavorabilă şi care nu se întovărăşeşte niciodată de surditate. Are un caracter ereditar familial, fapt ce o deosebeşte de paralizia bulbo-pontină cronică progresivă, apropiind-o de sindromul lui Werdnig-Hoffmann (amiotrofia infantilă) (vezi).

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, ed. Hoeber, 1962.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Trillet M., Girard P. F., Schott B., Ramel P., Woehrle R. : *Presse méd.*, 1970, 78, 3, 129.

FEDE (boala lui) (1923) : **fibromul sublingual al sugarului ; sindromul Riga-Fede ; aftele lui Cardarelli ; subglosita difteroidă ; boala Riga (vezi).**

FEER (boala lui) : **acrodinia ; boala lui Selter-Swift-Feer ; trofodermatonecroza ; dermatopolinevrita ; eritredemul ; „pink disease".**

Acrodinia este prototipul unei boli iatrogene, datorită tratamentului cu medicamente ce conţin mercur. Boala este descrisă în 1923 de Feer. Ulterior, Fanconi şi Warkany insistă asupra etiologiei mercurului în declanşarea bolii, care prezintă un tablou clinic foarte complex şi caracteristic. Boala începe cu modificări psihice, care constau îndeosebi, în proastă dispoziţie şi insomnii, la care se adaugă curînd tulburări cutanate (sudamină şi foliculite). Mîinile, picioarele şi uneori şi vîrful nasului iau o culoare roşu-aprins (pink disease), iar ca urmare a macerăţiei tegumentare se produc descuamări în lambouri mari şi infecţii secundare trenante. Musculatura este hipotonică, iar din cauza tulburării inervaţiei extrapiramidale, mai ales la copii se observă poziţii neobişnuite ale corpului. La aceste tulburări se adaugă dureri ale extremităţilor (acrodinie), parestezii, prurit, etc. Tulburările aparatului cardiovascular se traduc prin tahicardie şi hipertensiune arterială. Evoluţia se întinde pe săptămîni şi luni de zile. Prognosticul este bun, dacă indivizii atinşi nu mor prin infecţie secundară. Bellergalul s-a dovedit a fi un medicament destul de valoros în tratamentul acestei afecţiuni.

Scanned with OKEN Scanner

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
4. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology,* 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.

FAUCHARD (boala lui) : **amfodontoza ; paradontoza.**

Este o afecţiune cauzată de un proces patologic complex al parodonţiului marginal, determinat de o serie de factori predispozanţi generali de origine endogenă (tulburări neurovegetative, metabolice, endocrine), factori iritativi locali cum ar fi cei de origine exogenă (tartru) şi factori funcţionali (ocluziile traumatizante). Acestea determină atrofia alveolară distrofică neîntovărăşită de fenomene inflamatorii.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie,* Edit. Masson C-ie, 1962.

FEGELER (sindromul lui) : **nev telangiectazic în teritoriul nervului trigemen.**

Sindromul Fegeler se caracterizează prin prezenţa unui nev telangiectazic în teritoriul nervului trigemen, care se manifestă cu edem, hiperestezie şi uneori cu sindrom Claude Bernard-Horner. Sindromul este determinat de tulburări vasculo-neurovegetative de natură traumatică medulară.

1. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg München-Berlin-Wien, 1966.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology* 2nd. Williams and Wilkins, 1955.

FELTY (sindromul lui) (1924) : **poliartrită cronică evolutivă întovărăşită de hipersplenism, leucopenie, anemie şi trombocitopenie.**

Este o afecţiune ce se manifestă clinic prin apariţia unei poliartrite cronice evolutive şi hipersplenism : splenomegalie, leucopenie, anemie şi trombocitopenie. Boala apare mai frecvent la bărbaţi. Etiologia este necunoscută. Se crede că această afecţiune ca şi boala lui Chauffard-Still, ar fi datorită lupusului eritematos diseminat. Diagnosticul se pune pe baza existenţei poliartritei

Scanned with OKEN Scanner

cronice evolutive și pe examenul hematologic. Mielograma este normală. Tratamentul constă din splenectomie și medicație antireumatismală.

1. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique de médecin praticien*, Maloine, 1970.
2. Felty A. R. : *Bull. Hopkins Hosp.*, 1924, 35, 16.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à nomspropres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Ougier J., Page G., Bied B. : *Conc. Méd.*, 1964, 86, 4747.

FERGUSON-CRITCHLEY (boala lui) : **ataxia lui Ferguson-Critchley.**

Este o ataxie asemănătoare cu cea din scleroza în plăci, însă cu caracter eredo-familial. Boala se datorește unei degenerescențe a cordoanelor posterioare ale măduvei, a fasciculelor piramidale și spino-cerebeloase. Boala începe printr-o slăbiciune în gambe ; apoi apare ataxia și un gen de mers tabeto-cerebelos ca în boala lui Friedreich : bolnavul își aruncă gambele depărtate și pivotează trunchiul. În statul în picioare el titubează lărgindu-și baza de susținere. Boala evoluează lent pînă la infirmitatea completă. În familiile în care ea se manifestă pot exista și forme abortive. Nu are nici un fel de tratament.

1. Baker B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson C-ie, 1971.

FERGUSON-SMITH (boală) : **carcinomul spino-celular spontan vindecabil.**

Este un carcinom spino-celular ce apare pe pielea aparent sănătoasă, manifestîndu-se clinic prin leziuni multiple asemănătoare epiteliomului ulcerat. Aceste leziuni sînt foarte dificil de diferențiat histopatologic de moluscum sebaceum. Boala are o evoluție rapidă și o cicatrizare spontană. Etiologia este neclară ; se crede că boala are o origine infecțioasă. Se localizează de predilecție pe regiunile descoperite ale tegumentelor : față, gît, mîini, picioare etc. Evoluția este cronică, cu noi formațiuni, însă toate se vindecă

Scanned with OKEN Scanner

prin cicatrizare. Prognostic bun. Nu are nici un fel de tratament.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie,* Paris, 1952.
3. Longhin S., Antonescu Șt., Popescu A. : *Dermatologia,* Edit. Medicală București, 1971.
4. Sommerville J., Milne L. : *Brit. J. Dermat. Syph.,* 1950, 62.

FERNET (sindromul lui) (1831) : **congestia pulmonară ; pneumonia lui Woillez (vezi).**

FERNET-BOULLAND (sindromul lui) : **pleuroperitonita tuberculoasă.**

Este un sindrom caracterizat prin asocierea peritonitei tuberculoase, forma ascitică, cu o pleurezie uni sau bilaterală. Afecțiunea este determinată de inflamația generalizată sau localizată a peritoneului și a pleurelor de către bacilul tuberculos. Infecția se face pe cale hematogenă, limfatică sau prin contiguitate (mai ales din sfera genitală). Pleurezia se manifestă prin simptomatologia clasică. Peritonita bacilară se traduce clinic prin febră, astenie, transpirații nocturne, mărirea de volum a abdomenului și semnele unei ascite. Lichidul de puncție este un exsudat, în care elementele celulare predominente sînt limfocitele. Prognosticul este în general favorabil. Boala evoluează spre vindecare în 2—3 luni. Tratamentul constă în repaus, supraalimentație, calciu și tuberculostatice.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Ramon L. : *Conferences de cliniques médicales.* Paris, 1928.

FERRARO-BOGAERT-NISSEN (boala lui) : **forma clinică a adultului, a atrofiei familiale progresive a emisferelor cerebrale Schob.**

Se caracterizează prin apariția la adultul tînăr a unor tulburări neurologice difuze, progresive, cu evoluție neregulată și ondulatorie, în care se observă perioade de exacerbare și de ameliorare sau liniște aparentă. Față de atrofia familială progresivă a emisferelor a lui Schob,

Scanned with OKEN Scanner

boala Ferraro-Bogaert-Nissen se deosebeşte prin aceea că aceasta din urmă prezintă rigiditate şi akinezii. Etiologia afecţiunii este încă necunoscută. S-au incriminat pe rînd diferiţi agenţi etiologici: degenerativi, toxici, inflamatori, carenţiali, etc. Histopatologic se observă în emisferele cerebrale plăci de degenerescenţă neregulate, de culoare cenuşie, ce variază ca dimensiuni de la cîţiva milimetri la mai mulţi centimetri. Boala are caracter evolutiv progresiv. Decesul se produce prin boli intercurente.

1. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II. Buc. Editura Medicală, 1957.
2. Merritt H. H.: *A textbook of Neurology*, 3rd edit. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

FERRATON (boala lui) (1905): **coapsa cu resort; boala lui Morel-Lavallée; boala lui Perrin-Ferraton.**

Este o afecţiune cu caracter benign care se datoreşte unei laxităţi deosebite a ligamentelor din articulaţia coxo-femurală. Se prezintă clinic sub forma unei pocnituri puternice în coapsa bolnavă, asemănătoare unui resort. Pocnitura apare în timpul mersului.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

FIEDLER (boală) (1899): **miocardita interstiţială (nodulară cu celule gigante); miocardita pernicioasă; miocardita alergică.**

Miocardita interstiţială Fiedler reprezintă inflamaţia nespecifică şi izolată a miocardului, fără prinderea concomitentă a endo şi pericardului. Este o formă de miocardită care se manifestă ca o insuficienţă cardiacă progresivă şi fatală în cîteva luni. Boala începe brusc, mai ales la adulţi şi la copii, în plină sănătate, cu astenie, insuficienţă cardio-circulatorie progresivă, cianoză, dispnee, tahicardie, tuse, vărsături, dureri precordiale, stare de anxietate şi febră. Zgomotele inimii sînt asurzite, apare ritmul de galop, tensiunea arterială scade, iar volumul inimii creşte. În etiologia bolii s-au incriminat alergia, virusurile etc. Prognostic infaust.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brigden W. : *Lancet*, 1957, 2, 1 179.
2. Fowler N. O., Gueron M., Rowlands D. T. jr. : *Circulation*, 1961, 23, 498.
3. Goodwin J. F. :*Brit. Med. J.*, 1964, 33, 1 595.
4. Nikolaeva L. F., Weselowa S. P. : *Kliniţescaia Mediţ.*, 1972, 7, 136.
5. Sanders V. : *Arch. Int. Med.*, 1963, 112, 661.

FIESSINGER-LEROY-REITER (sindromul lui) : **sindromul oculo-uretro-sinovial ; sindromul Fiessinger-Leroy.**

Afecţiune care se manifestă acut printr-un episod dizenteric banal, deseori trecut cu vederea, care este urmat imediat de o conjunctivită complicată cu irită, stomatită, balanită, o uretrită şi adesea o prostatită sau cistită, stare generală foarte proastă şi febră ridicată. Se mai citează diferite atingeri viscerale, pulmonare şi cardiace. Cele mai importante manifestări sînt cele articulare care marchează gravitatea prognosticului : ele sînt de natură inflamatorie, au caracter extensiv şi grav. De obicei sînt atinşi genunchii, apoi articulaţiile tibiotarsiene, articulaţia pumnilor, degetelor de la mîini şi picioare. Adesea medicaţia antiinfecţioasă şi corticoterapia poate duce la vindecare în cîteva luni. Cel mai adesea se instalează procese articulare cronice. Uneori cu tot tratamentul, apar complicaţii. Cea mai frecventă este irita, ce survine îndeosebi în cazurile cu evoluţie recurentă. Spondilita anchilopoietică este de asemenea o altă complicaţie care survine după mai multe pusee acute. Se pot observa în unele cazuri modificări electrocardiografice (prelungirea intervalului P-R şi tulburări ale ST şi T) şi chiar leziuni valvulare aortice.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2, W. B. Saunders, Philadelp., 1969.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Med. Buc., 1965.
4. Pernod J., Memin Y. : *Vie méd.*, 1963, 44, 249.

FIESSINGER-RENDU (sindrom) (1917) : **ectodermoza erozivă pluriorificială (conjunctivală, bucală şi genitală) ; dermatostomatita lui Baader ; sindromul Stevens-Johnson.**

Este o boală asemănătoare cu sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter însă fără poliartrită (numai

Scanned with OKEN Scanner

conjunctivita, uretrita și stomatita). Se pare că sindromul Stevens-Johnson sau eritemul polimorf major, n-ar fi decît sindromul Fiessinger-Rendu. Boala este produsă de un virus. Apare ca un sindrom infecțios sezonier, mai ales la indivizii tineri.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, edit., 1956, p. 196.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

FIESSINGER-BRODIN (sindromul lui) : **ciroza alcoolică hipertrofică ascitică.**

Este o ciroză hipertrofică a ficatului ce se întîlnește la indivizii ce consumă alcool în mod cronic. În general, boala apare insidios, evoluînd în pusee de icter cronic, hepatomegalie și splenomegalie. Adeseori se însoțește de pseudocolici hepatice, leucocitoză, prurit și stare subfebrilă. Cu timpul, puseele evolutive devin mai frecvente, conducînd la degradarea funcției ficatului și apariția ascitei, varicelor esofagiene și a hemoragiilor digestive. Febra, icterul intens, hemoragiile și tulburările neuro-psihice anunță de obicei moartea bolnavului. Tratamentul constă în regim alimentar și medicație hepatoprotectivă.

1. Baufle P. : *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Crews R. H., Faloon W. W. : *J.A.M.A.*, 1962, 181, 754.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Sherlock S., Shadon S. : *Gut*, 1963, 4, 95.

FIESSINGER-GUY ALBOT (sindromul lui) (1931) : **ciroza hipertrofică reziduală a ficatului.**

Este o ciroză hipertrofică a ficatului determinată de o stenoză prelungită a ficatului, în urma unui icter prin obstrucție. Boala se manifestă prin icter, scaune decolorate, hepatomegalie. Probele funcționale hepatice sînt normale. Există hipercolesterolemie cu hiperbilirubinemie directă. Nu se observă nici ascită și nici hepa-

Scanned with OKEN Scanner

tomegalie. **Prognosticul este rezervat; evoluția de obicei este mai lentă decît în celelalte ciroze. Tratamentul constă în dezobstruarea coledocului prin metode chirurgicale.**

1. Crews R. H., Faloon W. W.: *J.A.M.A.*, 1962, 181, 754.
2. Leevy C. M.: *Medicine*, 1962, 41, 249.
3. Losowsky M. S., Davidson C. S.: *New England J. Med.*, 1962, 267, 87.
4. Ricketts W. E., Wissler R. W.: *Ann. int. Med.*, 1952, 36, 1 241.

FIESSINGER-MERKLEN (sindromul lui) (1939): **ciroza ictero-pigmentară xantomatoasă.**

Este o ciroză biliară primitivă caracterizată printr-o erupție xantomatoasă generalizată și localizată electiv pe pleoape, fața de extensie a marilor articulații, fosele axilare și poplitee, încheietura pumnilor. În afară de ciroză și pigmentația cutanată se constată depozite excesive de fier în organism, mai ales în ficat, pancreas și alte țesuturi parenchimatoase. Boala este foarte rară și apare mai ales la bărbați între 50—70 ani. Evoluția bolii este relativ lentă. Prognosticul bolii este infaust. Nu are tratament specific.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Friedli B.: *Helv. med. acta*, 1958, 25, 651.
3. Marcoff N., Kaiser E.: *Krankheiten der Leber und der Gallenwege in der Praxis.* G. Thieme, Stuttgart, 1962.
4. Schmid M.: *Ther. Umsch.*, 1961, 18, 189.

FEVRE (sindromul lui): **sindromul oro-facio-digital complex.**

Este o maladie ce face parte din grupul sindroamelor oro-facio-digitale, care asociază unor malformații bucale ca gură de iepure, diviziune palatină, anchiloglosie superioară, fistule ale buzei inferioare și repliuri mucoase intermaxilare, o bridă poplitee sau intercrurară, hipoplazia organelor genitale, hipoplazie sau agenezie digitală și uneori, sindactilie. Modul de transmitere a bolii se pare a fi dominant autosomic sau recesiv autosomic.

1. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

2. Gorlin R. J. : *Some facial defects.* Original article series, 1969, 5, 2, 65–76.
3. Klein D. : *J. Genet. hum.*, 1962, 11, 65–71.

FIEDLER (boala lui) : **leptospiroza ictero-hemoragică ; boala lui Mathieu ; boala lui Vasiliev-Weil ; boala lui Weil (vezi).**

FILATOV (boala lui) (1889) : **sindromul Pfeiffer (vezi) ; reticulita monocitemică Cazal ; angina monocitară Schultz ; limfocitoza Türck ; mononucleoza infecțioasă ; febra ganglionară.**

FILATOV-DUKES (boala lui) (1897) : **a patra boală ; febra eruptivă rubeoliformă ; sindromul lui Dukes (vezi).**

FISCHEL (boală) : **eroziunea congenitală a colului uterin.**

Este o afecțiune ginecologică caracterizată clinic prin apariția unei eroziuni de culoare roșie-vie, la nivelul orificiului extern al colului uterin. Această afecțiune apare la nulipare. Se datorește probabil unei deplasări spre exterior a limitei dintre epiteliul cilindric al colului uterin și cel pavimentos al vaginului. Eroziunea este de obicei confundată cu diferite afecțiuni inflamatorii ale colului uterin.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Med. București, 1967.
2. Martius H. : *Lehrbuch der Gynekologie*, Stuttgart, 1956.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*, München-Berlin, 1951.
4. Vinti I. : *Terapeutică ginecologică clinică.* Edit. Med. Buc., 1974.

FINSEN-DAAE (boală) : **miozita epidemică ; boala de Bornholm ; boala lui Sylvest (vezi).**

FISCHER (sindromul lui) (1921) : **keratoza palmo-plantară.**

Este o dermatoză cu caracter ereditar care se manifestă clinic printr-o keratoză palmo-plantară, însoțită de obicei de transpirații abundente, onicogrifoză și onicoliză. În afară de aceste tulburări, boala se mai însoțește și de o pilozitate extrem de redusă a pielii capului, genelor, sprîncenelor, degete hipocratice. În general, boala se

Scanned with OKEN Scanner

observă la bolnavii cu diferite endocrinopatii, îndeosebi discrinii tiroidiene.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V, Saunders, 1963.
2. Domonkos A. N. : *M. Clin. North. America*, 1965, 49, 529.
3. Fischer W. : *Dermat. Zschr.* (Berlin), 1921, 32, 114.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

FITZGERALD-GARDNER (sindromul lui) : **osteomatoza cranio-facială.**

Se caracterizează prin triada : osteomatoză cranio-facială care atinge cele două maxilare, etmoidul, sfenoidul, frontalul, apofizele zigomatice şi care se pot extinde la oasele lungi fără a atinge cartilajul. Se remarcă simultan şi o polipoză a colonului cu tendinţa marcată la evoluţie malignă. Se descriu concomitent şi chisturi epidermice sebacee şi fibroame. Nu are tratament.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Edit. Masson C-ie, 1962.
2. Touraine A. : *L'hérédité en médecine*, Masson C-ie, Paris, 1955.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes, Birth defects*. Original article Series, 1969, 5, 2, 65–76.

FITZ-HUGH-CURTIS (sindromul lui) (1934) : **perihepatita gonococică.**

În gonococcemie pot apărea manifestări extra genitale ca meningita, endocardita, pericardita, artrita, tenosinovita, parotidita, proctita şi perihepatita. Perihepatita a fost descrisă pentru prima dată în 1919 de Stejano. În 1934, Fitz-Hugh leagă numele lor de această boală. Boala de obicei apare la femei şi numai excepţional la bărbaţi. Se manifestă prin dureri acute în hipocondrul drept, care pot iradia şi în umărul drept. Boala se însoţeşte de greţuri şi rar de vărsături. Se crede că la femeie infecţia s-ar face de la organele genitale prin şanţurile falopice şi paracolice în spaţiile frenice. La bărbat, infecţia s-ar explica prin calea limfatică retroperitoneală. Evoluţia relativ bună. Tratamentul constă din administrare de antibiotice.

Scanned with OKEN Scanner

1. Curtis A. H. : *J.A.M.A.*, 1930, 94, 1 221–1 222.
2. Fitz-Hugh T. jr. : *J.A.M.A.*, 1934, 102, 2 094–2 096.
3. Kimball M., Knee S., *New England J. Med.*, 1970, 282, 19, 1 082.

FLAJANI (boala lui) : **guşa exoftalmică ; boala lui Flajani-Basedow ; boala lui Basedow** (vezi).

FLATAN (boala lui) : **encefalopatia difuză ; sindromul lui Heubner-Schilder-Foix ; boala lui Schilder ; boala lui Kaltenbach** (vezi).

FLEISHER (boala lui) : **distrofia epitelială a lui Fleisher.**

Este o distrofie epitelială a corneei, care se prezintă sub forma unor opacifieri cu aspect tulbure. Distrofia lui Fleisher se întîlneşte cel mai frecvent la femeile care poartă gena bolii lui Fabri.

1. Franceschetti A., Forni I., Babel M. : *Rapport 16-e congres int. d'opht.*, 1950.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin. 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.
4. Thomas G. I. : *La cornée.* Thomas ed. Springfield, 1955.

FLEISCHNER (sindromul lui) (1936) : **sindromul clinico-radiologic de atelectazie pulmonară.**

Este un sindrom clinico-radiologic caracterizat prin zone de atelectazie pulmonară, întinse sau parcelare sub formă de imagini tipice de „colaps dirijat" lamelar, în benzi înguste, orizontale sau oblice. Aceste zone de atelectazie se observă mai ales la bazele pulmonare. Se crede că un rol favorizant în geneza lor ar fi hipotonia diafragmului şi staza secretorie bronşică. Acest sindrom este mai frecvent întîlnit în bronşite, bronşiectazii sau în unele afecţiuni subdiafragmatice.

1. Burgess L. G. : *Clinical cardio-pulmonary physiology*, 2nd. ed. Grune and Stratton, 1960.
2. Comroe J. H. jr. : *Physiology of respiration.* Year Book, 1965.
3. Ferris B. G. : *New England J. Med.*, 1960, 262, 557.
4. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest*, ed. II, Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

FLEMMING-MOELLER (boala lui) (1931): **osteopetroza fluorată.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul osteozelor condensante dobîndite (forma toxică), descrisă în 1931. Se observă mai frecvent la adult și se caracterizează printr-o hiperdensitate osoasă de tip boală Albers-Schönberg, însă cu o localizare electivă la dinți (Eager). Boala mai prezintă o opacifiere omogenă a vertebrelor. Nu se observă deformații ale oaselor lungi.

1. Durant J., Vignon G., Maitrepierre J., Megard M., Calvel V.: *Rev. Lyonnaise Méd.*, 1960, 9, 671–684.
2. Fauré C.: *Rev. Rhumatism*, 1965, 32, 683–692.
3. Jolly S. S., Singh B. M., Mathur O. C.: *Amer. J. Med.*, 1969, 47, 553.
4. Louyot P.: *Rev. Prat.*, 1971, XXI, 23, 3 401.

FLIEDER (boala lui): **miocardita lui Flieder.**

Este o miocardită de cauză necunoscută, probabil virală, care se întîlnește la copilul mic, manifestîndu-se clinic prin cord mare, insuficiență cardiacă. Histopatologic, afecțiunea se caracterizează printr-o miocardită inflamatorie difuză izolată. Prognosticul este foarte grav.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Friedberg C.: *Diseases of the heart.* 3rd. ed. W. B. Saunders, 1966.
3. Nadas A. S.: *Pediatric cardiology.* 2nd ed. W. B. Saunders, 1963.
4. Wood P.: *Diseases of the heart and circulation.* 2nd. ed. Lippincott, 1956.

FOERSTER (sindromul lui): **rigiditatea aterosclerotică a mușchilor; rigiditatea senilă musculară Jakob.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-o hipertonie musculară generalizată, care apare la bătrînii polisclerozi. Tabloul clinic al bolii se manifestă prin simptome de catalepsie, denervare și opoziționism. Boala evoluează lent progresiv. Nu are tratament.

1. Geisler W. P., Jonesse A. T.: *Canad. M.A.J.*, 1963, 88, 189.
2. Hyland H. H.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
3. McAlpine D.: *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 1 029.
4. Struppler A.: *Myopathien, Stuttgart*, G. Thieme, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

FOERSTER (boala lui) : **coroidita areolară.**

Este o afecțiune oftalmologică determinată de inflamația diseminată a coroidei din porțiunea polului posterior al globului ocular. În general, lezionările de la început sînt localizate la nivelul regiunii maculare ; ulterior, acestea se extind din ce în ce mai mult spre periferie.

1. Berens C. : *The Eye and its Diseases.* W. B. Saunders, 1950.
2. Duke-Elder W. S. : *Textbook of ophtalmology,* Mosby, 1938–1954.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

FOERSTER (sindromul lui) : **atonia inferioară; amiotrofia generalizată.**

Este o afecțiune neurologică ce se întîlnește la nou-născuți, și se caracterizează clinic prin atonie musculară și astazie. Sindromul este de fapt una din formele clinice ale encefalopatiei infantile. Tabloul clinic se manifestă prin febră, indispoziție, angină, grețuri, vărsături, somnolență, stupoare, convulsii și comă. Bolnavii prezintă redoarea cefei, meningism, paralizii ale nervilor cranieni, paralizii ale extremităților, reflexe osteo-tendinoase exagerate, reflexe cutanate absente ; albuminorahia și tensiunea lichidului cefalorahidian sînt crescute. Prognostic sever, în funcție de tipul de encefalită. Tratamentul este simptomatic.

1. Hammon W. M. : *Ann. New York Acad. Sci.,* 1958, 70, 292.
2. Shinner J. J. : *Arch. Path.,* 1963, 75, 309.
3. Struppler A. : *Myopathien,* Stuttgart, G. Thieme, 1965.

FOIX (sindromul lui) : **sindromul paramedian bulbar Foix ; sindromul Reynold-Revillod-Déjérine ; sindromul interolivar Déjérine (vezi).**

FOIX (sindromul lui) (1920) : **sindromul peretelui extern al sinusului cavernos.**

Este un sindrom descris în 1920 și caracterizat prin afectarea nervilor motor ocular comun, patetic și ramura oftalmică a trigemenului, care trec prin peretele extern al sinusului cavernos.

Scanned with OKEN Scanner

Din punct de vedere clinic, afecțiunea se manifestă prin paralizia totală a tuturor mușchilor oculari, pareza simpaticului și keratită neuroparalitică. Ca o complicație a acestui sindrom se descrie și triada lui Jaccoud (cecitate, paralizia mușchilor oculari și nevralgia nervului trigemen), precum și complexul simptomatic Goltfressen. Lezionarea nervilor de mai sus și apariția sindromului se datorește unei tumori a sinusului cavernos.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.
4. Foix C. H. : *Bull. Mem. Hôp.,* Paris, 1920, 44, 1355.
5. Șoflete A. : *Neurologie clinică.* Edit. Medicală Buc., 1967.

FOIX (sindrom) : **sindromul superior al nucleului roșu.**

Este un sindrom peduncular caracterizat printr-un hemisindrom cerebelo-talamic cu mișcări coreice. Din punct de vedere clinic afecțiunea se manifestă printr-o hemiplegie controlaterală completă (față și membre), paralizie homolaterală a perechii de nervi cranieni a treia (căderea pleoapei superioare). Dat fiind faptul că perechile IV și VI sînt indemne, se remarcă o deviație a ochiului în afară și puțin în sus, cu strabism și diplopie.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
3. Walshe F. M. R. : *Diseases of the Nervous System.* Ed. X, Williams and Wilkins, 1963.
4. Wechsler I. S. : *A textbook of clinical neurology,* Ed. IX, W. B. Saunders, 1963.

FOIX-ALAJOUANINE (sindromul lui) (1926) : **mielita centrală angiohipertrofică ; mielita necrotică progresivă ; mielomalacia.**

Este o boală neurologică rară, care se datorește unei angiomatoze a venelor spinale. Acestea comprimă măduva osoasă provocînd pareze și paraplegii ale membrelor inferioare și amiotro-

Scanned with OKEN Scanner

fii. Pe mielografie se observă imagini în bloc multiple. În lichidul cefalorahidian se remarcă hiperalbuminorahie, fără reacție limfocitară. Tratamentul chirurgical este de cele mai multe ori fără efect.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.

FOIX-CHAVANY-LÉVY (sindromul lui) : **sindromul senzitiv cortical.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionări ale cortexului cerebral (scleroză, ramolisment, etc.), ce se traduce clinic prin tulburări variate ale sensibilității. Bolnavii prezintă afazie, cecitate verbală și apraxie ideo-motrice. Se mai observă de asemenea amiotrofie și hipotonie musculară.

1. Brain R. : *Clinical Neurology,* 2nd. ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II. Edit. Med. București, 1957.

FOIX-CHAVANY-HILLEMAND (sindromul lui) (1926) : **sindromul mioclonic al calotei protuberanțiale ; mioritmia lui Grucher.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea calotei protuberanțiale în urma unei hemoragii sau a unui focar de ramolisment din regiunea fasciculului longitudinal posterior, a olivei bulbare sau a pedunculului cerebelos superior. Boala mai poate fi produsă și în urma unor tumori cerebeloase, în scleroza difuză și în meningita cerebro-spinală. Clinic, boala se manifestă prin mioclonii simetrice și bilaterale ale vălului palatin și ale laringelui. Prognostic infaust ; depinde de cauza determinantă a sindromului.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* 2nd. Ed. Hoeber, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

2. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.
4. Șoflete A. : *Neurologie clinică*. Edit. Medicală Buc., 1967.

FOIX-HILLEMAND (sindromul lui) (1924) : **distrofia vezico-gluteo-crurală.**

Este un sindrom neurologic determinat de aplazia oaselor sacru, coccis și mielodisplazia segmentului medular inferior.

1. Mazurek L., Stein W. : *Neurologia, Neurochir. i Psych. Pol.*, 1951, 1, 1, 42.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*. 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

FOIX-JULIEN-MARIE (boala lui): **scleroza cerebrală centro-lobulară.**

Este o afecțiune neurologică determinată de o degenerescență cerebrală centro-lobulară, în general ereditară, care se manifestă clinic printr-o demență progresivă, atingeri cerebrale și cerebeloase variate cu sindrom piramidal și extrapiramidal, surditate și amauroză. Din punct de vedere histopatologic, se observă o dimielinizare masivă cu reacție glială. În lichidul cefalorahidian atît elementele figurate cît și proteinele sînt mult crescute. Prognostic foarte rezervat.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, 1971.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 2nd, Ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

FOLLMANN (sindromul lui) : **balanita sifilitică ; balanita erozivă.**

Este o balanită determinată de o infecție fuso-spirilară pe care se grefează spirocheta sau treponema pallidum. Unii consideră că balanita n-ar fi decît o consecință a pătrunderii către suprafață a spirochetelor din sifilomul primar, situat mai profund. Diagnosticul etiologic se pune în evidență la examenul microscopic chiar înainte de apariția leziunii primare. În secreția

Scanned with OKEN Scanner

din zona lezionată se găseşte treponema pallidum. Evoluţia este aceea a luesului. Tratamentul constă din penicilină şi bismutoterapie.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Follmann E. : *Ann. Dermat. Syph.*, 1948, 8, 470.
3. Rook A., Wilkinson S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

FOLLING (boala lui) (1934) : **imbecilitatea fenil-piruvică ; idioţia fenil-piruvică.**

Este o boală ce se întîlneşte la indivizii cu dezvoltare mintală întîrziată. Se caracterizează prin eliminarea în urină de acid fenilpiruvic, acid fenilacetic şi fenilalanină. Fenilpiruvicuria este determinată de lipsa unei enzime, fenilalanina hidroxilaza, care împiedică transformarea fenilalaninei în tirozină. Cînd această tulburare metabolică nu este corijată de la început printr-un regim sărac în fenilalanină, se produce o arieraţie mintală şi adesea tulburări psihice de tip schizofrenic. Bolnavii se manifestă clinic prin imbecilitate, nanism, rigiditate musculară, tulburări de mers, spasme, tremurături şi mişcări atetozice. De cele mai multe ori, există şi tulburări metabolice ale pigmenţilor, fapt ce determină ca indivizii atinşi de această afecţiune să aibă părul blond şi ochii albaştri. Diagnosticul se pune pe baza prezenţei în urină a acidului fenilpiruvic prin reacţia cu clorură ferică.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis and Treatment Lange Medical Publ.*, Los Altos, Calif., 1967.
2. Dent C. E. : *Am. J. Med.*, 1957, 22, 671.
3. Efron M. L., McCready R. A. : *J.A.M.A.*, 1965, 191, 391.
4. Hsia D. Y. Y. : *Inborn Errors of Metabolism* Year Book, 1966.
5. Umbarger B., Berry H. K. : *J.A.M.A.*, 1965, 193, 784.

FONTANA-PETTINARI (boala lui) : **splenomegalia primitivă aneritremică.**

Este o afecţiune hematologică excepţional de rară. Pînă în prezent a fost descris un singur caz. Boala este de fapt o formă clinică a bolii lui Di Guglielmo. Boala se caracterizează prin splenomegalie cu metaplazie eritroblastică ma-

Scanned with OKEN Scanner

nifestă. Tabloul sanguin evidențiază o anemie discretă, fără eritroblastemie. În alte organe nu se semnalează nici un fel de tulburări.

1. * * * :*Folia haemat.*, 1949, t. 49, p. 341.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical hematology.* Lea and Febiger, 1961.

FORD-ADAMS (sindromul lui) (1937—1943) : **sindromul arterei cerebeloase anterioare și inferioare.** **Este o afecțiune neurologică determinată de o lezionare a arterelor cerebeloase anterioare și inferioare, care se manifestă clinic prin surditate, paralizie facială, hemiataxie, hemianestezie și sindrom Claude Bernard-Horner.**

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Edit. 1971.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.

FORDYCE (boala lui) (1896) : **adenomul glandelor sebacee heterotopice ale mucoasei ; pseudocoloid.** **Este o afecțiune care prinde ambele buze însă, mai frecvent, pe cea superioară și pe fața internă a obrajilor, ce se caracterizează prin pete minuscule, rotunjite, de culoare gălbuie, puțin proeminente. Aceste pete rotunde se înșiră de-a lungul unei benzi la limita zonei lui Klein și a mucoasei. Leziunile apar după pubertate și persistă timp indefinit. Ele se dezvoltă pe socoteala glandelor sebacee heterotopice ale mucoasei. Este un defect de dezvoltare.**

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson et C-ie, Paris, 1962.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Edit. Maloine, 1956.
3. Fordyce J. A. : *J. Cut. Dis.*, 1896, 14, 413.

FORDYCE (sindromul lui) : **angiokeratomul scrotal.** **Este o dermatoză care se manifestă clinic numai prin prezența, la nivelul pielii scrotului, a**

Scanned with OKEN Scanner

unor angiokeratoame. Boala are caracter benign și nu dă nici un fel de tulburări clinice. Nu are tratament.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, Edit., 1956.
2. Ormsby P., Montgomery W. : *Diseases of the skin*, 1954, 603.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

FORD-WILKINS (sindromul lui) : **indiferența congenitală la durere ; analgia lui Fanconi și Ferrazini.**

Este o boală credo-degenerativă, **cu transmisie probabil de tip recesiv simplu, în care lipsește sensibilitatea dureroasă, cea protopatică aproape în întregime, în timp ce sensibilitatea epicritică este normală. Această indiferență față de durere diminuează reflexul organismului de apărare contra rînirilor, arsurilor. Din această cauză, pielea este presărată cu cicatrice, în parte atrofice. Limba, aripile nasului, degetele sînt deseori mutilate. Dinții sînt cariați, lipsesc, oasele suprasolicitate (calcaneul, metafiza tibială, etc.) prezintă procese osteomielitice, iar articulațiile șoldului, o serie de modificări, ca în boala lui Perthes. Dacă indivizii supraviețuiesc pînă la vîrsta adultă, cînd alte organe preiau o parte din mijloacele de protecție (ochi, auz, pipăit), atunci ei pot duce o existență cvasi-normală. Nu există nici un fel de tratament specific, ci numai cel simptomatic.**

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Oxford, 1964.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, București.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, 1957.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

FORBES (boala lui) : **glicogenoza tip Cori 3 ; limit dextrinosis tipul 3 Cori ; deficit de amilo-1,6-glucoxidază.**

Cadrul clinic este asemănător bolii lui von Gierke. Aceasta are o evoluție favorabilă. Se caracterizează printr-o hepatomegalie și o întîrziere în creștere nu prea importantă, deoa-

rece, prin fosforilarea ramurilor exterioare, care se formează mereu cît şi prin gliconeogeneză, se poate mobiliza o cantitate suficientă de glucoză. Aceşti bolnavi, din această cauză, pot deveni adulţi normali. Boala se transmite printr-o genă autosomală recesivă. Hipoglicemia pe care aceşti bolnavi o prezintă în mod constant, răspunde modest la testul hiperglicemic cu adrenalină şi glucagon şi normal la testul de încărcare cu fructoză şi galactoză. Acidoza este inconstantă şi puţin marcată. Diagnosticul se pune pe baza examenului bioptic, care arată o acumulare de glicogen la nivelul ficatului şi al muşchilor. Este forma cea mai benignă de glicogenoză. Nu are tratament.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Cori G. T. : *Harvey Lect.*, 1950–1953, 48, 154.
3. Emerit I. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, Bucureşti.
5. Forbes G. B. : *J. Pediatr.*, 1953, 42, 645.
6. Gajdos A. : *La presse méd.*, 1967, 18, 907–912.

FORBES-ALBRIGHT (sindromul lui) : **sindromul amenoree-galactoree.**

Deconectarea hipotalamo-hipofizară de natură funcţională sau lezională (tumori hipofizare, anevrism de carotidă internă) determină ca secreţia de prolactină să devină continuă cu formarea concomitentă a secreţiei de gonadotropină. Această tulburare glandulară determină apariţia acestui sindrom, caracterizat clinic prin amenoree şi în acelaşi timp prin galactoree. Boala evoluează în raport cu cauza determinantă primară.

1. Caraman Z., Pendefunda G., Pencea V. : *Rev. Medico-Chirurg.*, Iaşi, 1962, nr. 1, p. 199.
2. Everett J. W. : *Endocrinology*, 1956, vol. 58, p. 786.
3. Pasteels J. L. : *Ann. Endocrinol.*, 1961, t. 253, 2 140.
4. Soffer L. : *Diseases of the endocrine glands*, Lea and Febiger, 1951.

FORESTIER (sindromul lui) (1953) : **panartrita încapsulată progresivă.**

Este o boală determinată de o hiperostoză anchilozantă a coloanei vertebrale şi a membrelor. În afară de simptomele de la nivelul co-

Scanned with OKEN Scanner

loanei vertebrale şi ale articulaţiilor membrelor (durere, impotenţă funcţională, etc.), bolnavii mai prezintă o alterare a stării generale, stare subfebrilă, irită şi irido-ciclită. Afecţiunea are o evoluţie lent progresivă. Antiinflamatoriile şi corticoterapia pot ameliora durerile şi încetini mersul evolutiv progresiv al bolii.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hochrein M. : *Rheumatische Erkrankungen,* G. Thieme, Stuttgart, 1952.
3. Schoen R. : *Dsch. med. Wschr.,* 1952, 77, 558.

FORSTER-KENNEDY (sindromul lui) : **sindrom ocular ce asociază unei atrofii optice un edem papilar şi anosmie.**

Este o afecţiune oculară care asociază unei atrofii optice unilaterale, un edem papilar prin hipertensiune intracraniană de partea opusă şi o anosmie. Boala este determinată de o tumoare frontală (meningiom). Atrofia optică şi anosmia se produc în urma compresiunii tumorale. Edemul este cauzat de hipertensiunea intracraniană, care se manifestă unilateral din cauză că atrofia optică de partea opusă traduce o proliferare glială la acest nivel, ce întîrzie exteriorizarea lui. Prognosticul este infaust.

1. Brégeat P. : *L'oedème papillaire.* Masson C-ie, 1956.
2. Brégeat P., Bonamour G. şi colab. : *La papille optique.* Masson, 1968.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Saraux H., Biais B. : *Ann. Oculist.,* 1966, 199, 10, 943.
5. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie,* Masson C-ie, 1969.

FORESTIER-CERTONCINY (sindromul lui) (1953) : **pseudoartrita rizomelică ; periartrita scapulo-humerală.**

Este un sindrom dureros al umărului, întovărăşit de redoare şi uneori de impotenţă, datorită unor leziuni degenerative şi inflamatorii ale ţesuturilor supratendinoase ale umărului, cu sau fără bursită asociată. Forma primitivă se întîlneşte mai frecvent la femeie ; forma secundară, mai des observată la bărbaţi, poate fi determinată

de traumatisme unice sau mici și repetate, angină de piept, unele afecțiuni neurologice și psihice și în urma unor intervenții chirurgicale pe plămîn și mediastin. Tabloul clinic se manifestă prin dureri mai ales în cursul mișcărilor de abducție și de rotație internă a articulației scapulo-humerale, limitarea mișcărilor și distrofie reflexă a membrului superior sau sindromul umăr-mînă. La examenul radiologic se pot observa opacități mai mult sau mai puțin nete deasupra capului humerusului și o decalcifiere sau atrofie a marii tuberozități a humerusului. Articulația scapulo-humerală poate fi normală. Tratamentul constă din administrare de analgezice, antiinflamatorii, fizioterapie, etc.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson C-ie, Paris, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

FOERSTER (boala lui) (1909) : **amiotonia generalizată ; boala lui Oppenheim ; mioatonia congenitală.**

Este o boală a primei copilării caracterizată printr-o hipotonie musculară foarte pronunțată însă neînsoțită de atrofie sau de paralizie. Boala are de cele mai multe ori un caracter familial. Nu are predilecție pentru vreun sex. Se manifestă clinic în prima copilărie printr-o slăbiciune și atonie musculară generalizată, însă mai accentuată la mușchii trunchiului. Boala se observă chiar din primele luni : copilul nu se poate susține și capul îi cade pe spate. Mușchii sînt foarte moi, iar reflexele sînt absente. Din cauza hipotoniei, copilul poate efectua diferite mișcări cu membrele, așezîndu-le în poziții foarte bizare. Prognosticul este sever și, din 3 copii bolnavi, unul moare în primul an, iar ceilalți supraviețuiesc. Boala nu are tratament.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Struppler A. : *Myopathien,* Stuttgart, G. Thieme, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

4. Popescu O. : *Sindroame în pediatrie.* Edit. Medicală Buc., 1974.

FOERSTER (boală) : **coroidita lui Foerster; pata lui Foerster-Fuchs.**

Este o afecțiune oculară determinată de o leziune corioretiniană maculară, caracterizată prin prezența unei pete pigmentare, mari cît jumătate din diametrul pupilar.

1. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.
2. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Edit. Masson C-ie, 1969.

FOTHERGILL (boala lui) (1799) : **nevralgia de trigemen ; nevralgia trigeminală esențială ; nevralgia trigeminală idiopatică ; ticul dureros al feței.**

Este denumirea veche a nevralgiei de trigemen. Boală cu etiopatogenie neprecizată, se manifestă clinic prin dureri violente, care apar în crize paroxistice de scurtă durată. Ele se însoțesc de fenomene reflexe inflamatorii (secuse clonice musculare la față), secretorii (hiperlacrimație) și, îndeosebi, vasomotorii (hiperemia tegumentelor și a mucoaselor). Între crize există perioade de completă acalmie. La examenul clinic, nu se observă tulburări de sensibilitate. Prognosticul este rezervat. Tratamentul este simptomatic și chirurgical.

1. Catlin J. : *J.A.M.A.*, 1963, 186, 291.
2. Friedmann A. P. : *Modern Headache Therapy*, St. Louis, 1951.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, Ed. New York, 1967.
4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Medicală București, 1969.

FOUQUET (sindromul lui) : **hidropizia poliarticulară cronică ; hidropsul intermitent al articulațiilor.**

Este o entitate morbidă ce se observă extrem de rar, caracterizîndu-se prin prezența de lichid în diferite articulații. Hidropizia apare în orice articulație (cel mai frecvent însă la genunchi) la distanțe de zile sau săptămîni, cel mai adesea la intervale regulate,manifestîndu-se sub forma unei tumefieri, ce se instalează rapid. Boala se însoțește de dureri moderate. Lichidul din ar-

Scanned with OKEN Scanner

ticulația interesată este un exsudat. Nu se observă nici un fel de reacție inflamatorie. Boala dispare tot așa de rapid precum a apărut. Etiologia este incertă; se crede c-ar fi vorba de un fenomen alergic, care aproape nu interesează deloc starea generală a bolnavului. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Hegglin R.: *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Editura Medicală, București, 1969.
2. Laughlin H. A. și colab.: *New York J. Med.*, 1962, 62, 2 682.
3. Lowell J. D.: *New England J. Med.*, 1963, 269, 798.
4. Nestor R.: *Diagnosticul bolilor reumatismale.* Edit. Medicală Buc., 1972.

FOURNIER (sindromul lui): **sifilomul ano-rectal; sindromul elefantiazic genito-ano-rectal al lui Jersild (vezi).**

FOURNIER (sindromul lui): **sindromul complicațiilor tardive ale encefalitei luetice și a meningitei cerebrospinale epidemice.**

Este o afecțiune clinică ce reprezintă de fapt o formă a complicațiilor tardive ale encefalitei luetice și a meningitei cerebrospinale epidemice. Boala se manifestă clinic printr-o cefalee intensă, fotofobie, vertije, tulburări psihice tranzitorii, distragerea atenției, diminuarea activității intelectuale și a memoriei, bîlbîială, hemipareze și chiar paralizii tranzitorii în teritoriile dependente ale perechilor III, VI, VII, ale nervilor cranieni.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.

FOURNIER (boala lui): **Cicatricele lui Fournier.**

Cicatricele lui Fournier sînt niște dungi striate care radiază de pe buze spre piele; ele se datoresc unor infiltrate și erupții cutanate difuze. Alături de nasul în șa, triada lui Hutchinson și piciorul în formă de sabie turcească, cicatricele lui Fournier constituie manifestările tardive ale sifilisului congenital.

Scanned with OKEN Scanner

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, Bucureşti, 1965.
3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI, Mosby, 1956.

FOVILLE (sindromul lui) : **sindromul bilateral.**

Este o afecţiune neurologică determinată de lezionarea bilaterală a trunchiului cerebral în apropierea fundului ventriculului al 4-lea. Se manifestă clinic prin afectarea mişcărilor orizontale ale ochilor ; rămîn intacte mişcările de jos în sus, precum şi cele de convergenţă. Cînd lezionarea cuprinde ambele centre ale mişcărilor oculare laterale asociate, atunci se produce o sumare a sindroamelor de fiecare parte.

1. Foville A. L. F. : *Bull. Soc. Anat.*, 1858, 393.
2. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II. Edit. Medicală, Bucureşti, 1957.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

FOVILLE (sindromul lui) : **sindromul peduncular superior.**

Este o afecţiune neurologică determinată de lezionarea fibrelor oculogire înainte de încrucişare, care se manifestă clinic prin hemiplegie alternă : paralizia muşchilor oculo-motori de partea leziunii, paralizia feţei şi a membrelor de partea opusă.

1. Foville A. L. F. : *Bull. Soc. Anat.*, 1858, 393.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, Bucureşti, 1957.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. Ed. Lea and Febiger, 1963.

FOVILLE (sindromul lui) : **sindromul protuberanţial superior.**

Este o afecţiune neurologică determinată de lezionarea fibrelor oculogire după încrucişare, care se manifestă clinic prin paralizia omolaterală a mişcărilor asociate de lateralitate a globilor oculari, însoţite de paralizia heterolaterală a feţei şi a membrelor.

Scanned with OKEN Scanner

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Oxford, 1964.
3. Foville A. L. F. : *Bull. Soc. Anat.*, 1858, 393.
4. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.

FOVILLE (sindromul lui) : **sindromul protuberanțial inferior.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea fibrelor oculogire după încrucișare, care se manifestă clinic printr-o paralizie a mișcărilor conjugate a ochilor spre partea hemiplegiei, hemiplegie contralaterală completă (față și membre) și paralizia mișcărilor de lateralitate a ochilor spre partea opusă leziunii.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Foville A. L. F. : *Bull. Soc. Anat.*, 1858, 393.

FOX-FORDYCE (boala lui) (1902) : **prurigo papulos al regiunilor piloase.**

Este o dermatoză caracterizată clinic prin leziuni papuloase extrem de pruriginoase, localizate la nivelul glandelor sudoripare din regiunile axilare, mamelonare și pubiene. Se observă îndeosebi la femei, în perioada funcționării gonadice active. Boala este determinată de tulburările funcționale ale glandelor sudoripare apocrine sau de tulburări ale sistemului nervos. Tratamentul este glandular și simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, Paris, 1956.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Ormsby P., Mongomery W. : *Diseases of the skin*, 1954.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

FRAMBOESIA (boală) : **pian ; framboesia ; yans ; tonga ; buba.**

Framboesia este o boală tropicală nevenerian și cronică datorită unei spirochete și caracterizată prin tumefacții cutanate cu suprafața granuloasă care se ulcerează și prin simptome

Scanned with OKEN Scanner

generale. Agentul patogen este treponema pertenue. Boala este numai rareori mortală, totuşi, dacă nu este tratată, ea poate duce la o incapacitate cronică şi la desfigurare. Contagiunea este de obicei făcută prin contact direct nevenerian. În primul stadiu, boala se manifestă prin leziuni papuloase care se acoperă de o crustă galbenă-brună, şi care se pot ulcera. Pentru stadiul secundar sînt tipice papiloamele care confluează. În stadiul terţiar, apar ulceraţiile. Efectele tardive ale bolii, prin modificările osoase, scurtarea degetelor şi retracţia lor permit confundarea acestei boli cu lepra. Reacţiile Wassermann şi de floculare sînt pozitive, iar spirochetele pot fi puse în evidenţă prin examen în cîmp întunecat. Tratamentul constă în administrare de penicilină şi de arsenicale trivalente.

1 Jopling W. A. : *Differentialdiagnostik fur Tropenärtzte.* Stauffen-Verlag, Kamp-Liutfort, 1960.
2. Kleinsorge H. : *Therapie innerer Erkrankungen.* VEB, G. Fischer-Verlag-Iena, 1966.
3 Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
4. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* Ed. 5-a, Mosby, 1964.

FRANCESCHETTI (sindromul lui) (1944) : **disostoza mandibulo-facială ; sindromul Treacher-Collins.**

Boală caracterizată prin anomalii multiple în care tabloul clinic este dominat de o oblicitate a fantei palpebrale, ce este orientată invers ca la mongoloizi, îndoirea marginii pleoapei în treimea sa externă, hipoplazia oaselor feţei şi a mandibulei, macrostomie cu arcade dentare care nu se apropie suficient şi malformaţii ale mugurilor viscerali primitivi. Se deosebesc forme complete sau incomplete, cum ar fi sindromul Pierre-Robin ; apoi forme atipice, forme abortive, etc.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie,* Edit. Masson C-ie, 1962.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie,* Edit. Medicală, 1965.
3. Howard T. L. : *A.M.A. Arch. Ophtalm.,* 1958, 59, 1 792.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie,* Masson C-ie, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

FRANCESCHETTI-ZWAHLEN (boala lui) : **disostoza mandibulo-facială ; boala lui Treacher-Collins.**

Este o afecțiune ereditară care s-ar datora unei opriri în dezvoltare spre a 7-a săptămînă a arcului mandibular și a primei fante branhiale. Boala se caracterizează prin : oblicitatea fantelor palpebrale cu unghiul extern îndreptat în jos și coloboma pleoapelor superioare și inferioare ; hipoplazia oaselor malare și ale maxilarului inferior, malpoziții dentare și profilul de pasăre prin atrofie mandibulară ; malformațiile urechii interne și mai ales externe ; macrostomie și fistule oarbe în prelungirea fantei bucale ; anomalii de implantarea părului. În afară de această formă completă, mai există forme clinice abortive sau atipice : forma incompletă sau sindromul Treacher-Collins, forma frustă a lui Berry (numai cu anomalii palpebrale), forma unilaterală (extrem de rară) și forma atipică (numai cu cîteva trăsături ale complexului simptomatic).

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*, Ed. Masson C-ie, 1962.
2. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.
3. Saraux H., Besnainon L. : *Ann. Oculist.*, 1965, 198, 953.
4. Saraux H. și colab. : *Arch. Ophtalm.*, 1964, 24, 7, 581.

FRANCESCHETTI-JADASSOHN (sindromul lui) : **dermatoza pigmentară reticulată.**

Este o dermatoză cu etiologie necunoscută ce se manifestă clinic în al doilea an de viață, în special la fete, sub forma unei hiperpigmentații cu desen variat, în special pe trunchi și față. Această hiperpigmentație este de obicei însoțită de hiperkeratoză palmară și plantară, tulburări ale secreției sudorale și simptome oculare. Se crede că această dermatoză s-ar dezvolta patogenetic din cauza tulburărilor de dezvoltare ale ectodermului.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, Ed. V, Saunders, 1963.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, București, 1967.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine*, Saunders, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

4 Wolkowski E. : *Przegl. Dermat. i Wener.*, 1959, 3, 219.

FRANCIS (boală) : **pesta minoră ; tularemia ; boala de iepure ; boala lui Parrinaud ; boala Chary.**

Boala lui Francis sau tularemia este datorită unui microb denumit Pasteurella tularensis. Boala este transmisă omului prin animalele infectate, prin ingerarea cărnii, prin contaminare directă sau prin înțepătura insectelor care au înțepat iepuri sălbatici infectați. Boala debutează brusc cu frison, febră, grețuri, vărsături și prostrație. La locul de intrare apare mai întîi o papulă, care se ulcerează avînd un crater curat. Ulterior, apar adenopatii regionale cu supurație. În timpul evoluției pot să apară o pneumonie atipică și o erupție nespecifică de tip rozeoliform. Biologic : leucocitoză relativă sau absolută. Germenii pot fi izolați prin culturi din sînge, din puroiul ganglionar sau din ulcer. Intradermoreacția este pozitivă după 3 zile, iar reacția de aglutinare după 10 zile. Complicațiile cele mai frecvente și cele mai grave sînt : pneumonia, meningita și peritonita. Boala durează în medie 3—4 luni de zile. Antibioticele au ameliorat mult prognosticul.

1. Dubos R. J., Hirsch J. G. : *Bacterial and Mycotic Infections in Man.*, Ed. 4-a, Lippincott, 1965.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious disease.* Ed. 5-a, Mosby, 1964.
4. Van Metre T. E. jr., Kadull J. P. : *Ann. Int. Med.*, 1959, 50, 621.

FRANCK (boala lui) : **anemia aplastică acută ; aleuchia acută ; aleuchia hemoragică.**

Este o afecțiune hematologică de cauză necunoscută ce se caracterizează prin anemie, diateză hemoragică și leziuni ulcero-necrotice ale cavității bucale. Tabloul clinic se manifestă prin astenie, paloare, purpură și sîngerări. Biologic, boala se caracterizează printr-o diminuare a numărului de eritrocite, macrocitoză, reticulocitoză normală sau ușor crescută, leucopenie și trombocitopenie. Măduva osoasă este grasă și conține foarte puține hematii, leucocite și megacariocite. Hemosiderina este prezentă. În afară de aceste

Scanned with OKEN Scanner

simptome, bolnavii mai acuză o paloare foarte caracteristică și o fatigabilitate importantă. În 50% din cazuri, etiologia este neprecizată; în rest, anemia aplastică poate să apară ca o reacție toxică față de numeroase substanțe chimice și medicamente. Prognosticul este defavorabil. Tratamentul constă din administrare de transfuzii, vitamina B_{12}, prednisolon și metiltestosteron.

1. De Gruchy G. C.: *Clinical Haematology in medical practice*, 2nd. Edit., Blackwell, 1964.
2. Hegglin R.: *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. G. Thieme-Verlag, 1969.
3. Lewis S. M.: *Brit. Med. J.*, 1965, 5 441, 1 027.
4. Scott J. L., Cartwright G. E., Wintrobe M. M.: *Medicine*, 1959, 119.
5. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Ed. V, Lea and Febiger, 1961.

FRANCK (sindromul lui) (1925): **trombopenia esențială.**

Este o hemopatie caracterizată clinic printr-un sindrom hemoragipar, iar biologic, printr-un fenomen de scădere importantă a numărului de trombocite. Etiopatogenia sindromului este neclară. În afară de hemoragii cutanate, mucoase, gastro-intestinale, urinare, etc., bolnavii prezintă un timp de sîngerare foarte prelungit, iretractibilitatea chiagului. Semnul lacet-ului este negativ.

1. Baldini M.: *New England J. Med.*, 1966, 274, 1 245.
2. Doan C. A., Bouroncle B. A., Wiseman B. K.: *Ann. Int. Med.*, 1960, 53, 861.
3. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Ed. V, Lea and Febiger, 1961.

FRANÇOIS (sindromul lui): **dismorfia mandibulo-facială de tip François; sindromul discefalic.**

Este o boală ereditară ce se caracterizează prin: discefalie cu aspect de cap de pasăre, scafo sau bradicefalie, aplazia maxilarului inferior, nas fin și efilat, palatul ogival. Bolnavii mai prezintă anomalii dentare (dinți absenți, rău implantați, malformații, mordex apertus); hipotrihoză cu plăci alopecice la nivelul capului, a sprîncenelor și genelor; nanism, cataracta congenitală totală sau incompletă, bilaterală; microftalmie bilaterală; atrofie cutanată. Boala

denumită de François „sindromul primului arc" se datorește unei hipoplazii a mezoblastului visceral, care survine între a 5—6-a săptămînă a vieții embrionare.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., 1966.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine,* Masson C-ie, Paris, 1955.

FRANÇOIS (sindromul lui) (1959) : **cataracta, agenezia maxilarului și hipotrihoză.**

Este o afecțiune care se caracterizează clinic prin prezența unei cataracte congenitale ce se întovărășește de alte anomalii. Astfel, pe lîngă cataractă, copiii mai prezintă diferite anomalii dentare, nas de papagal, nanism, microftalmie și hipotrihoză.

1. François J. : *Les cataractes congénitales.* Masson C-ie, 1959.
2. François P. și colab. : *Bull. et Mém. Soc. Ophtalm. de France,* 1967, 475–487.
3. Nordmann J. : *Biologie du cristalin.* Edit. Masson C-ie, 1954.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

FRANÇOIS-NEETENS (boala lui) : **distrofia parenchimatoasă a corneei.**

Este o distrofie parenchimatoasă a corneei cu transmisie dominantă, caracterizată clinic prin noduli de formă rotundă sau ovală, care sînt răspîndiți în toate straturile parenchimului.

1. Campinchi R., Haye C. : *Bull. Soc. Ophtalm. Franc.,* 1962, nr. 4 bis.
2. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
3. Thomas G. J. : *La cornée.* Thomas edit. Springfield, 1955.

FRANGENHEIM (boala lui) : **hiperostoza simetrică familială a maxilarelor.**

Afecțiunea descrisă în anul 1941, este inclusă nosologic în grupul cherubismului (displazia osoasă familială a maxilarelor, descrisă în 1933

Scanned with OKEN Scanner

de Jones sub denumirea de: maladia chistică multiloculară familială a maxilarelor); are caracter familial și ereditar, determinată de modificarea unei singure gene dominante. Leziunile sînt localizate mai ales la nivelul mandibulei cuprinzînd cele două ramuri montante și unghiurile mandibulare. Semnul clinic important îl constituie deformarea feței, care apare între 1—3 ani, dîndu-i copilului aspectul de cherubim. Semne inconstante sînt: hipertelorismul și adenopatiile submaxilare și jugulo-carotidiene. Se mai pot observa modificări ale bolții palatine, malformații dentare. Psihicul este normal. Evoluția este benignă. Această displazie fibroasă a osului evoluează între 4—8 ani, crește rapid, iar după 18 ani, se poate observa o dispariție totală a leziunilor.

1. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962.
2. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., 1966, Paris.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J.: *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, Ed. New York, 1967.
4. Touraine A.: *L'hérédité en médecine,* Edit. Masson C-ie, Paris, 1955.

FRANKL-HOCHWARDT (sindromul lui): **polinevrita cerebrală menieriformă.**

Este o afecțiune neurologică determinată de inflamarea nervilor VII și VIII, cu predominarea tulburărilor vestibulare. Boala nu este de fapt decît un sindrom Ramsey-Hunt sau o zona zoster a ganglionului geniculat sau un sindrom determinat de inflamația nervilor VII și VIII la nivelul bulbului sau a nucleului. Pe lîngă tulburările neurologice (sindromul Ménière) se mai asociază concomitent și un herpes al pavilionului urechii și a limbii.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology,* 2nd, Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology,* 2nd, Ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

5. Şoflete A.: *Neurologie clinică*. Edit. Med, Buc., 1967.

FREIBERG-KOHLER (boala lui): **osteonecroza capului celui de al 2-lea metatarsian.**

Este o osteonecroză a capului celui de al doilea metatarsian, cu etiologie şi patogenie necunoscută, care apare de obicei la adolescent sau la adultul tînăr. Tratamentul este ortopedic şi chirurgical.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

FRANKLIN (boala lui): **maladia lanţurilor grele; maladia legăturilor grele gamma.**

Boală descrisă în 1964 de către Franklin, este o afecţiune a legăturilor gamma, determinată de producerea unui compus monoclonal constituit dintr-un fragment Fc a unei legături grele de tip gamma. Boala se întîlneşte cu aceeaşi frecvenţă la bărbaţi şi femei la vîrsta maturităţii. Aspectul clinic se aseamănă cu acela al unei hemopatii maligne, fără caractere specifice. Se observă o slăbire generală, cu astenie şi febră. Uneori, apar hepato şi splenomegalie moderată, adenopatii axilare, cervicale şi inguinale. Un simptom specific este edemul luetei. În hemogramă se remarcă leucopenie, eozinofilie şi trombopenie. Viteza de sedimentare a hematiilor este accelerată. Evoluţia nu depăşeşte 5 ani, cu toată chimioterapia administrată. Bolnavii mor din cauza repetatelor bronhopneumonii şi septicemii.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, Philadel., 1969.
2. Franklin E. C., Lowenstein J., Bigelow B., Meltzer M.: *Amer. J. Med.*, 1964, 37, 332.
3. Lehreton J. P., Rivat C., Rivat L., Guillemat L., Ropartz C.: *Presse Méd.*, 1967, 75, 2 251–2 254.
4. Renoux M., Metzger J. Ph.: *Rev. Prat.*, 1971, XXI, 23, 5 607.
5. Seligmann M., Mihaesco E., Hurez D., Mihaiesco C., Pren-D'Homme J. L., Rambaud J. C.: *J. Clin. Investig.*, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

6. Seligmann M. : *Presse méd.*, 1970, 78, 2, 51.

FRENKEL (sindromul lui) (1916) : **sindromul traumatic anterior.**

Este o afecțiune oculară ce apare după un traumatism anterior al ochiului. Boala se manifestă clinic prin midriază, hematom al camerei anterioare, opacefieri fine și punctiforme ale cristalinului, mici rupturi ale marginii pupilare a irisului, subluxația cristalinului și uneori, smulgerea irisului de la bază.

1. Frenkel A. : *Ann. Ocul.*, 1916, 153, 233.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.

FREDRICKSON (sindromul lui) : **hiperlipoproteinemia tip II a lui Fredrickson ; hipercolesterolemia esențială ; xantomatoza hipercolesterolemică familială ; xantomatoza hipercolesterolemică primară ; xantomatoza tendinoasă.**

Este un sindrom ce face parte din boala lanțurilor gamma grele. Se caracterizează printr-o creștere a colesterolului seric, serul clar, depozite de material bogat în colesterol în diferite leziuni de la nivelul tegumentelor, arterelor și tendoanelor. Atenția asupra prezenței bolii este dată de apariția unor xantoame cutanate sau tendinoase și de prezența unor cantități crescute de colesterol în ser. Ulterior, se dezvoltă o arterioscleroză secundară severă. Boala apare de obicei în copilărie, deși se poate observa și mai tîrziu. De obicei, bolnavii mor prematur în urma unei boli coronariene. Biologic, în sînge se găsește colesterolul la valori ce depășesc 400—600 mg%. Raportul beta lipoproteincolesterol pe alfa lipoproteincolesterol este crescut. Lipoproteinele interesate sînt cele de clasa 0—20 Sf, cu o densitate mai mare decît 1019. Examenul microscopic pune în evidență leziuni xantomatoase cu celule tipice lipidice.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2. W. B. Saunders, Philadel. 1969.
2. Franklin E. C., Lowenstein J., Bigelow B., Meltzer M. : *Am. J. Med.*, 1964, 37, 332.
3. Renoux M., Metzger J. Ph. : *Rev. Prat.*, 1971, XXI, 23, 3507.

Scanned with OKEN Scanner

4. Seligmann M. : *Presse Méd.*, 1970, 78, 2, 51.

FREDRICKSON (sindromul lui) : **hiperlipoproteinemia tip III a lui Fredrickson ; lipemia indusă de carbohidraţi ; hipertrigliceridemia carbo-hidrat-senzitivă ; hiperlipemia endogenă ; hiperlipemia familială esenţială.**

Este o boală ce face parte din grupul maladiilor lanţurilor gamma. Este tipul cel mai comun de hiperlipemie ce se caracterizează printr-un aspect lipemic al serului datorit unor concentraţii mari de trigliceride. Această boală se întovărăşeşte frecvent de diabet şi de ateroscleroză. Boala este depistată atunci cînd se observă aspectul serului, care apare lactescent. Bolnavii pot duce o viaţă normală. Accidentele cele mai frecvente sînt cele ale arterelor coronariene şi diabetul. În unele cazuri, se pot observa, pe lîngă obezitate, şi unele leziuni cutanate, sub forma de xantoame eruptive. Biologic : ser lactescent, prezenţa crescută de lipoproteine cu densitate scăzută din clasa Sf 20—400 şi cu o densitate mai mică decît 1019. Lipoproteinele migrează electroforetic în banda prebeta. Trigliceridele şi colesterolul sînt crescute în sînge.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis* 2, W. B. Saunders, 1969.
2. Franklin E. C., Lowenstein J., Bigelow B., Meltzer M. : *Am. J. Med.*, 1964, 37, 332.
3. Renoux M., Metzger J. Ph. : *Rev. Prat.*, 1971, XXI, 23, 3 507.
4. Seligmann M. : *Presse Méd.* : 1970, 78, 2, 51.

FREDRICKSON (sindromul lui) (1938) : **hiperlipoproteinemia tip I a lui Fredrickson ; hiperlipemia idiopatică esenţială ; xantomatoza tuberoasă; hiperkilomicronemia primară ; boala lui Bürger-Grütz (vezi).**

FREEMAN-SHELDON (sindromul lui) : **sindromul cranio-carpo-tarsal ; sindromul şuierătorului.**

Este un sindrom malformativ caracterizat prin microstomie, enoftalmie, aplatizarea etajului mijlociu al feţei, tendinţa nărilor la colobom, clinodactilie, cifoscolioză, picior bot. Boala are caracter ereditar cu transmisie dominantă autosomică.

Scanned with OKEN Scanner

1. Gorlin R. J. : *Original Article Series.*, 1969, 5, 2, 65–76.
2. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, ed. New York, 1967.
3. Pfeiffer R. A. şi colab. : *Z. für Kinderheilk.*, 1972, 112, 1, 43.
4. Weinstein S., Gorlin R. J., Cervenka J., Figalova P. : *Amer. J. Dis. Child.*, 1969, 117, 427–435.

FREIBERG (boala lui) : **epifizita capului metatarsianului al II-lea sau al III-lea ; boala a II-a a lui Köhler.**

Este o afecţiune chirurgicală ce se caracterizează printr-un proces inflamator osteo-condritic care interesează epifiza capului metatarsianului al II-lea sau al III-lea.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion Paris, 1967.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg München-Berlin-Wien, 1966.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

FREUD (sindromul lui) (1945) : **aplazia cutanată circumscrisă ; defect ectodermic local.**

Este o dermatoză care se observă la noul născut, ce se caracterizează prin existenţa unor defecte cutanate de întindere mică, localizate unic median pe trunchi şi simetric la extremităţi. Aceste defecte se vindecă ulterior, lăsînd în urma lor cicatrice.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
2. Ormsby P., Montgomery W. : *Diseases of the skin*, 1954.
3. Touraine A. : *Bull. Med.* 1936, 50, 13, 213.

FREY-THOMAS (sindromul lui **Lucie Frey** şi **André Thomas**) : **sindromul nervului auriculo-temporal ; parotidita cu atingerea nervului auriculo-temporal.**

Este o afecţiune care apare de obicei după o supuraţie paratiroidiană sau traumatism, cauzată fiind, după Alajouanine şi Nick unei greşeli de distribuţie „erreur d'aiguillage", la nivelul focarului lezional, care determină ca fibrele secretorii salivare să împrumute în momentul re-

Scanned with OKEN Scanner

generării lor, traiectul fibrelor sudoripare. După A. Thomas ar fi vorba de un mecanism parareflex. Boala se caracterizează prin tulburări vasomotorii (sudație în teritoriul nervului auriculo-temporal și crize paroxistice de congestie determinate de masticație) tulburări calitative și cantitative ale secreției parotidiene (saliva mai vîscoasă), modificări ale sensibilității (hiper sau hipoestezie în teritoriul nervului auriculo-temporal) și atrofia parotidei.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, Buc., 1967.
3. Piquet J. J., Desault A., Decroix G. : *Com. Soc. Chirurgie de Lille,* 10 avril, 1970.

FRIEDMANN (sindromul lui) : **meningo-encefalita subacută de origine traumatică.**

Este un sindrom neurologic caracterizat printr-o encefalită posttraumatică, vasomotorie progresivă, ce se manifestă clinic prin cefalee intensă cu senzația de plenitudine cefalică, vertije, insomnie, irascibilitate, amnezie și fatigabilitate. Histopatologic, boala se caracterizează prin mici hemoragii ale scoarței cerebrale, în ganglionii de la bază, mezencefal, protuberanță și în măduva spinării. Se remarcă de asemenea o degenerescență și o necroză a neuronilor cu neuronofagie.

1. Evans J. P. : *Postgrad. Med.,* 1966, 39, 27.
2. Miller J., Steen G. : *Lancet,* 1965, 1, 225.
3. Potter J. M. : *Lancet,* 1963, 1, 374.
4. Ruge D. : *Am. J. Surg.,* 1959, 98, 918.
5. Șoflete A. : *Neurologie clinică.* Edit. Med. Buc., 1967.

FRIEDREICH (boala lui) (1861) : **ataxia spinală ereditară.**

Boala este relativ frecventă. Ea apare la vîrsta de 6—15 ani, fiind determinată de leziuni care cuprind cordoanele posterioare și calea piramidală a măduvei spinării, căile cerebeloase directe și cerebelul. Aceste leziuni determină ataxie, slăbirea membrelor inferioare, pes cavus, scolioză, uneori manus cava și cîteodată nistagmus și tremurături ale capului. Degetul mare de

la picior ia o poziție asemănătoare semnului lui Babinski. Reflexele profunde sînt absente în cazurile mai înaintate de boală. În unele cazuri, cînd semnele cerebeloase sînt mai marcate decît cele arătate mai sus, boala se aseamănă mult cu ataxia ereditară cerebrală a lui Marie. Uneori se asociază și atrofia nervului optic, nistagmus și un picior scobit particular, cu retracția haluxului, scolioză. Inima este atinsă frecvent (fibroza miocardului). Leziunile miocardului sînt ușor de identificat pe electrocardiogramă, care poate, de altfel, fi de un real folos pentru diagnostic în cazurile incerte.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M. : *Neuromuscular Disorders.* Res. Publ. A Nerv and Ment. Dis., 1960, vol. 38, Williams and Wilkins.
2. Demos J. : *Vie méd.*, 1973, 25, 3093.
3. Emerit J. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
4. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
5. Recondo J. De, Godlewski S. : *Conc. Méd.*, 1972, 94, 7 909.
6. Stevenson L., în Cecil Russel : *A textbook of medicine*, W. B. Saunders Philad., 1955.

FRIEDRICH (sindromul lui) (1924) : **osteocondrita claviculară.**

Este o afecțiune osteo-articulară ce se caracterizează prin necroza aseptică subcondrală a extremității sternale a claviculei. Se manifestă clinic prin edem dureros și eritem cutanat la nivelul articulației sternoclaviculare. Din punct de vedere radiologic, se remarcă printr-o zonă cu transparența crescută, la nivelul extremității sternale a claviculei.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
2. Friedrich H. : *Dtsche. Zschr. Chir.*, 1924, 187, 385.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

FRIESS-PIERRON (sindromul lui) (1954) : **filarioza.**

Afecțiunea face parte din grupul unor boli tropicale și subtropicale provocate de diferite specii de filarii (wucheria bancrofti, onchocerca volvulus, microfilaria diurna, dracunculus Medinensis, etc.) nematozi care din cauza aspectului lor de fir sînt denumiți filarii. În general, boala are o incubare de 3—6 luni (perioada va-

Scanned with OKEN Scanner

riază după nematod) după care se manifestă clinic polimorf. În formele asimptomatice, bolnavul nu prezintă decît adenopatii. În formele inflamatorii bolnavii prezintă pusee febrile, adenite, limfangita extremităţilor, funiculită şi orhită. În formele oclusive, parazitul provoacă proliferarea endoteliului limfatic, iar vasele devin impermeabile. În urma acestui fenomen apar diferite sindroame: elefantiazisul gambelor, al braţelor, scrotului, sînilor, vulvei, ascită chiloasă, chilurie. Mai tîrziu, acestea se pot suprainfecta. Diagnosticul se pune pe baza punerii în evidenţă, în sîngele prelevat noaptea, a parazitului. Tratamentul constă în administrarea de notezine, banocide, corticoizi, etc.

1. Raghaven N. G. S. şi colab.: *Bull. World Health Organ.*, 1957, 16, 553.
2. Wilson T.: *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1961, 55, 107.

FRÖHLICH (sindromul lui): **sindromul adiposo-genital benign.**

Face parte dintr-un grup de afecţiuni diencefalo-hipofizare caracterizate prin obezitate şi infantilism genital, determinat de tumori hipofizare nesecretante sau de leziuni inflamatorii hipotalamice. Bolile cuprinse în acest grup se însoţesc de cele mai multe ori de obezitate de tip ginoid cu hiperestrogenie. Mai rar, obezitatea este de tip infantil, neutru şi fără feminizare. La pubertate, sindroamele pseudo-Fröhlich pot evolua spre sindroame corticosuprarenale de diferite tipuri. La aceşti bolnavi, reactivitatea corticosuprarenalei este în general crescută, răspunsul fiind exagerat atît pentru esterogeni cît şi pentru ceilalţi steroizi. În general, prognosticul acestor sindroame este bun, dacă nu apar dereglări funcţionale şi lezionale. Tratamentul sindroamelor pseudo-Fröhlich se aseamănă cu cel al sindromului Fröhlich. El se bazează pe etiologie şi ţine cont de momentul evolutiv şi particularitatea individuală. Extirparea chirurgicală a adenomului cromofob sau a craniofaringiomului, radioterapia şi hormonoterapia pot ameliora tabloul clinic al acestor bolnavi.

1. Bauer H. V. C.: *J. Clin. Endocr.*, 1954, 14, 13.
2. Milcu Şt.: *Endocrinologie clinică*. Editura Medicală, Bucureşti, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

3. Parhon C. I., Pitiș M., Stănescu V., Segal S., Felix R., Ionescu V., Scarlat R., Teodoru M. : *Rev. Soc. Med.*, 1956, 1, 1.
4. Wilkins L. : *Endocrine disorders in childhood and adolescence.* Edit. Ch. Thomas, 1960.

FRÖHLICH (sindromul lui) (1839) : **sindromul deficienței mușchilor abdominali.**

Este o afecțiune congenitală caracterizată prin absența mușchilor abdominali. Această tulburare se însoțește de obicei de hidroureter, hidronefroză și megavezică. La băieți, sindromul se întovărășește de asemenea de criptorhidie.

1. Danowski T. S. : *Outline of endocrine gland syndromes.* Williams and Wilkins, 1965.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Mathieu B. J. : *Pediatrics*, 1953, 42, 92.

FROESCHELS (sindromul lui) : **disfazia asociativă.**

Este o psihonevroză caracterizată clinic prin bîlbîială. N-ar fi în fond decît o varietate a nevrozei verbale.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, 1967.
3. Pelicier Y. : *Guide psychiatrique pour le praticien.* Masson C-ie, Paris, 1970.

FROESCH-PRADER (sindromul lui) : **intoleranța la fructoză.**

Este o boală metabolică ereditară determinată de absența fructozei—1—fosfataldozei. Datorită acestei absențe enzimatice, orice ingestie de fructoză determină tulburări hipoglicemice (hipotensiune, transpirații, oboseală).

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Froesch E. R. și colab. : *Am. J. Med.*, 1956, 45, 702.
3. Leuzner A. R. : *Ann. Int. Med.*, 1956, 45, 702.

FROIN (sindromul lui) (1903) : **sindromul Lépine-Froin.**

Este un sindrom neurologic caracterizat prin xantocromia lichidului cefalo-rahidian cu hiperalbuminoză și coagulare spontană în eprubetă. Acest sindrom ia naștere în blocajul total al

Scanned with OKEN Scanner

spațiului subarachnoidian spinal de lungă durată.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology.* 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology* 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.

FROMENT (sindromul lui) (1951) : **pericardita tuberculoasă.**

Este o pericardită tuberculoasă cu evoluție constrictivă subacută, ce apare mai frecvent la indivizii tineri. Constricția pericardică determină tulburări mecanice, care alături de cele inflamatorii, agravează și mai mult starea generală a bolnavului. Tabloul clinic este dominat de durere precordială, dispnee, palpitații, distensie abdominală și edeme la membrele inferioare. La copil se remarcă prezența unui infantilism și cianoză accentuată. Se mai observă de asemenea o hepatomegalie, turgescența venelor jugulare, pulsul mic, iar stetacustic, un suflu sistolic și un clacment protodiastolic. Prognosticul este rezervat. Tratamentul medical cu antituberculoase și eventuala decorticare a cordului pot ameliora boala.

1. Beck W., Schrire V., Vogelpoel L. : *Am. Heart J.,* 1962, 64, 765.
2. Robertson R., Arnold C. R. : *Circulation,* 1962, 26, 525.
3. Sawyer C. G. și colab. : *Am. Heart. J.,* 1952, 44, 207.

FROMENT-GONIN (sindromul lui) (1956) : **intricația vertebro-coronariană.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin existența concomitentă a unei artroze cervicale și crize de angină pectorală. Etiopatogenia este incertă. Coronaro-dilatatoarele și medicația antiinflamatorie nesteroidă pot ameliora acest sindrom dureros.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Teodorescu B. : *Cardiologia.* Ed. Med. Buc., 1960.

Scanned with OKEN Scanner

FROMENT-WEGELIN (sindromul lui) (1929—1946): **chirobrachialgia parestetică nocturnă.**

Este o afecțiune ce se manifestă mai frecvent la femeile în vîrstă de 30—60 ani, determinată fiind de o hiperexcitabilitate a sistemului nervos simpatic. Tabloul clinic este dominat de senzația de furnicături sau de „curent electric", spasme dureroase, arsuri. Aceste simptome apar mai ales în timpul nopții. Ele pot să apară însă și ziua. Se accentuează în funcție de poziția mîinilor și dispar după masarea lor. Boala nu se moștenește și nu se însoțește de alte tulburări vaso-motorii. Tratamentul este hormonal și simptomatic.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology.* 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Dousset H., Plard C.: *Vademecum encyclopédique du medecin praticien.* Ed. Maloine, Paris, 1970.
3. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
4. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

FROMME (boală): **decalcifierea epifizei tibiale superioare.**

Este o afecțiune ce se manifestă clinic printr-o tumefacție dureroasă a genunchiului. Această suferință se însoțește de decalcifierea epifizei tibiale superioare. Boala apare la adolescenții în stare de inaniție. A fost frecvent întîlnită în lagărele de concentrare din cursul celui de al II-lea război mondial.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles,* edit. Expans. Sci. Franc., Paris, 1966.
4. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.

FROMMEL (sindromul lui): **amenoreea și lactația persistentă din post-partum; sindromul lui Chiari-Frommel.**

Este o boală foarte rară ce apare mai ales la primipare. Lactația și amenoreea persistă timp îndelungat, în absența oricărei afecțiuni

Scanned with OKEN Scanner

ginecologice. Fenomenele de mai sus se întovărăşesc de oboseală, hipoplazie uterină şi atrofia endometrului. Atît gonadostimulinele cît şi oestrogenii urinari sînt foarte diminuaţi. Tratamentul prin oestrogeni şi progesteron rămîne aproape ineficace.

1. Astwood E. B. : *Clinical endocrinology*, I., Grune and Stratton, 1960.
2. Milcu Şt. : *Endocrinologia clinică*. Editura Medicală, Buc., 1967.
3. Williams R. H. : *Textbook of endocrinology*, 3rd. ed. Saunders, 1962.

FROMMEL-BANDEL (sindromul lui) : **sindromul rupturii uterine iminente.**

Este un sindrom clinic ginecologic şi obstetrical care se manifestă clinic prin dureri violente în regiunea hipogastrică şi perineală, hipotensiune, senzaţie de sfîşială, înaintea unei rupturi uterine.

1. Lacome M. : *Pratique obstétricale*, Vol. I–II. Masson C-ie, 1960.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Martius H. : *Lehrbuch der Gynecologie*, Stuttgart, 1956.

FRUGONI (boala lui) : **eozinofilia infecţioasă ; gripa diavolului ; gripa din Boston.**

Este un sindrom infecţios care apare brusc cu febră ce se continuă în platou timp de o săptămînă, după care scade în lisis. Bolnavii prezintă astenie, cefalee, adinamie şi febră ridicată. În sînge, se remarcă o eozinofilie masivă.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

FRUGONI (boala lui) : **splenomegalie congestivă cu hipersplenism ; boala lui Banti (vezi).**

FUCHS (sindromul lui) : **ectodermoza erozivă ; sindromul muco-cutaneo-ocular acut cu eritem ; stomatita pseudo-membranoasă şi conjunctivită dif-**

teroidă ; sindromul lui Stevens-Johnson (vezi) ; sindromul lui Baader (vezi).

FUCHS (boală) (1910) : distrofia endo-epitelială cu degenerarea corneei ; distrofia irisului ; heterocromia irisului.

Este o afecțiune oculară caracterizată prin opacifierea cenușie a epiteliului și a porțiunii subepiteliale a centrului corneei. Boala este mai frecventă la femei. Etiologia este neprecizată. Boala se caracterizează prin următoarele 3 grupe de simptome : epiteliu presărat cu vezicule cu potență de transformare în bule, parenchim opacifiat și mai îngroșat în centru decît la periferie și cu straturi profunde filamentoase, lezionarea membranei lui Descemet și a endoteliului sub formă de cornea guttata. Se mai observă de asemenea și o pigmentare a feței posterioare a corneei. Din cauza celor de mai sus, sensibilitatea corneei este diminuată sau chiar poate lipsi. Boala este de obicei bilaterală. Totdeauna, la acești bolnavi, acuitatea vizuală este redusă. Deși poate apare și la indivizii sănătoși, după vîrsta de 50 ani, totuși cel mai frecvent, ea survine după un glaucom sau după o keratită gravă. Prognosticul este relativ bun. Boala evoluează foarte mulți ani ; în final, ea determină opacifierea parenchimului corneean.

1. Allen J. H. : *May's Manual of Diseases of the Eye*, 23 ed. Williams and Wilkins, 1963.
2. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology*, 2nd ed. Saunders, 1962.
3. Klien B. A. : *Am. J. Ophtalm.*, 1958, 46, 297.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

FUCHS (boala lui) : endotelio-descemetita lui Fuchs.

Este o boală a endoteliului ocular ce face parte din grupa edemelor primitive ale corneei. Bolnavii care prezintă asemenea edeme au o senzație de încețoșare dimineața, fenomen ce se estompează după masă. Ei mai percep de asemenea un halo colorat în jurul luminii. La examenul fizic, edemul nu poate fi evidențiat în formele incipiente. Lezionarea endotelială este vizibilă numai la lumina reflectată, sub formă de mici noduli pe fața posterioară a corneei.

Scanned with OKEN Scanner

Cînd edemul devine evident, ochiul este dureros şi acuitatea vizuală diminuează. Tratament: soluţii hipertonice de siliconi, glicerină, ser glucozat şi drenajul edemului.

1. Payran P., Pouliquen Y., Faure J. P., Offret G.: *Rapp. Soc. Franc. Ophtal.*, Masson C-ie, 1967.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
4. Thomas G. I.: *La cornée.* Thomas, ed. Springfield, 1955.

FUCHS (boala lui) (1895): **atrofia coroidei şi retinei; coroideremia lui Mauthnern.**

Este o afecţiune oculară care se caracterizează prin atrofia primitivă a coroidei, a epiteliului pigmentar sau a altor straturi ale retinei şi ale nervului optic. Atrofia coroidei apare sub forma unor pete rotunde în formă de ghirlandă, la periferia fundului de ochi. Aceste pete, ulterior se extind în sus, lăsînd indemne numai mici insule în regiunea petei galbene şi a papilei nervului optic. Rămîne neatinsă de asemenea şi macula. După aceasta, se produce o atrofie a papilei optice şi a retinei şi acumulări caracteristice de pigment la periferie. Etiologia bolii este necunoscută; se transmite ereditar de tip recesiv. Bolnavii se plîng de ambliopie crepusculară, scăderea acuităţii vizuale şi îngustarea progresivă a cîmpului vizual. Prognosticul este defavorabil.

1. Adler F. H.: *Gifford's Textbook of Ophtalmology,* ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Allen J. H.: *May's Manual of Diseases of the Eye.* 23 ed. Williams and Wilkins, 1963.
3. Berens C.: *The eye and its diseases.* Saunders, 1950.
4. Hogan M. J., Zimmermann L. E.: *Ophtalmic Pathology,* 2nd, ed. Saunders, 1962.

FUCHS (boala lui): **heterocromia lui Fuchs; ciclita heterocromică.**

Este o uveită specială care asociază trei grupe de simptome: o ciclită sub formă de precipitate fine translucide, repartizate egal pe toată suprafaţa posterioară a corneei. Aceste precipitate nu

Scanned with OKEN Scanner

produc sinechii. Ele pot dispare după deschiderea camerei anterioare. Al doilea grup de simptome este constituit dintr-o atrofie a irisului, care se decolează parţial, producînd heterocromia iriană. Al treilea simptom este constituit dintr-o cataractă, mai întîi corticală posterioară şi apoi, totală. Pe lîngă aceste simptome mai pot apărea hemoragii în camera anterioară. Boala este indoloră şi evoluează zeci de ani. Ea este dificil de tratat şi cu anii, duce la pierderea ochiului. Se pare că în etiologia bolii, un rol important îl joacă infecţia.

1. Amsler M., Verrey F., Huber A. : *Rapp. Soc. Franc. Ophtalm.*, 1955, Masson.
2. Hogan M., Kimura S., Thygeson P. : *Am. J. Ophtalm.*, 1959, 47, 155.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
4. Woods H. C., Abraham J. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1961, 51, 761.

FUCHS (boala lui) : **coloboma ; conus crescent.**

Este un viciu de dezvoltare, care se constată deja la embrionul de 8—15 mm lungime. Se caracterizează prin prezenţa unui deficit de dezvoltare al epiteliului pigmentar al coroidei. Boala apare la noul-născut. Defectul nu progresează cu vîrsta şi nici nu se observă simptome de degenerescenţă. Există ca şi în hipermetropie un viciu de refracţie. Boala nu determină invaliditate. Leziunea caracteristică este reprezentată printr-o semilună luminoasă la limita subtemporală a nervului optic, care are forma unui oval cu axul mare vertical.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology*, ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Berens C. : *The eye and its diseases.* Saunders, 1950.
3. Mann I. : *Developmental abnormalities of the eye.* London, 1957.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

FUCHS (boala lui) (1889) : **keratita lui Fuchs ; keratita numulară ; keratoconjunctivita epidemică ; keratita superficială punctată.**

Este probabil o infecţie virotică ce se caracterizează clinic printr-o conjunctivită foliculară

Scanned with OKEN Scanner

acută cu formare de pseudomembrane. După o evoluție de 6—10 zile, simptomele corneene acute încetează și în locul lor apar infiltrate punctiforme de culoare cenușie. În cîteva zile, acestea capătă o dimensiune de 0,5—0,8 mm în diametru, avînd tendința la confluare. Infiltratele, care reprezintă leziunea fundamentală a bolii, sînt dispuse în stratul superficial al corneei, sub capsula lui Bowman. Acuitatea vizuală este foarte mult diminuată. Boala durează în medie 1—4 săptămîni : leziunile involuează lăsînd în urma lor infiltrate inelare mari, care pot persista 2—3 ani. Această complicație este mai frecventă la adulți. De obicei, boala întovărășește o inflamație a căilor aeriene superioare. În afară de simptomele oculare, tabloul clinic se manifestă cu cefalee, curbatură și adenopatie preauriculară.

1. Berens C. : *The eye and its diseases.* W. B. Saunders, 1950.
2. Fuchs J. : *Lehrbuch der Augenheilkunde,* Wien, 1893.
3. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology,* 2nd ed. W. B. Saunders, 1962.
4. Sobanski I. : *Pol. Tyg. lek.* 1947, 2, 532.

FUCHS (boala lui) (1893) : **keratita marginală superficială.**

Este o formă clinică specială a ulcerului marginal al lui Fuchs, cu evoluție mai scurtată și cu simptomatologie mai ștearsă.

1. Allen J. H. : *May's Manual of Diseases of the Eye.,* 23 ed. Williams and Wilkins, 1963.
2. Fuchs E. : *Lehrbuch der Augenheilkunde.* Wien, 1893.
3. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology,* 2nd. ed. Saunders.

FUCHS (boala lui) : **ulcerația marginală ; ulcerul marginal metastatic.**

Este o afecțiune oftalmologică ce se observă de obicei la bolnavii în vîrstă, manifestîndu-se clinic prin infiltrate marginale ale corneei, fără inflamația concomitentă a conjunctivei bulbare. Boala pare a fi o fază terminală a distrofiei corneene a lui Salzmann. Etiologia nu se cunoaște cu preciziune, se crede a fi de natură alergică.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția este bună și vindecarea survine după 2—3 săptămîni.

1. Fuchs E.: *Lehrbuch der Augenheilkunde*, Wien, 1893.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Walsh F. B.: *Clinical Neuro-Ophtalmology*, 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1957.
4. Vaughan D., Cook R., Asburry T.: *General Ophtalmology*, ed. 4, Lange, 1965.

FUCHS (boala lui) (1881): **Keratita flictenulară sau buloasă.**

Este o afecțiune oftalmologică rară caracterizată printr-o degenerescență a corneei sub forma unor vezicule de mărime variată, localizate în porțiunea epiteliului edemațiat. Prin spargerea acestor vezicule se formează exulcerații superficiale și se asociază procese inflamatoare secundare. Boala apare de obicei după o cecitate demult instalată ca urmare a unei iridociclite sau a unui glaucom, după o operație de cataractă și în timpul evoluției distrofiei retiniene Fuchs.

1. Adler F. H.: *Gifford's Textbook of Ophtalmology*, ed. 7-a, Saunders.
2. Forgacs J.: *Brit. J. Ophtalm.*, 1960, 44, 385.
3. Fuchs J.: *Lehrbuch der Augenheilkunde*, Wien, 1893.
4. Hogan M. J., Zimmermann L. E.: *Ophtalmic Pathology*, 2nd, ed. Saunders, 1962.

FUCHS (boala lui) (1901): **degenerescența maculară Fuchs; pata pigmentară Fuchs; pata Foerster-Fuchs.**

Este o pată cu localizare central-maculară, avînd dimensiunea de 3 ori a papilei optice, de formă circulară, rotunjită sau chiar triunghiulară, de culoare cenușie-deschisă pînă la negru, ce apare mai ales în cazurile de miopie forte. Leziunea este situată în stratul anterior sau mijlociu al retinei. Este mai frecventă la femei decît la bărbați și survine de obicei cu alte complicații ale miopiei. Localizarea, întinderea și intensitatea leziunilor, precum și hemoragiile determină gradul diminuării acuității vizuale. Hiperplazia gliei și deplasarea pigmentului de la nivelul elementelor nervoase atrofiate, determină în unele cazuri să se producă o ameliorare

Scanned with OKEN Scanner

a acuității vizuale și o stabilizare a ei în jurul lui 0,1. Acest fapt se produce de obicei după o evoluție anterioară de cîțiva ani.

1. Bein K. : *Klin. Oczna*, 1932, 10, 105.
2. Berens C. : *The eye and its diseases*. W. B. Saunders, 1950.
3. Duke-Elder W. S. : *Parson's Diseases of the eye*, ed. 14, Little-Brown, 1964.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

FUJINAMI (boala lui) : **mixosarcomul lui Fujinami.** Este o tumoare de natură virotică ce se observă îndeosebi la păsări (curcan, fazan, găină). Această tumoare determină moartea prin dezvoltare și nu prin metastaze.

1. * * * *Dicționar medical*, vol. I. Editura Medicală, București.

FUKUYAMA-KAWAZURA-HARUNA (boala lui) : **distrofia cerebro-musculară congenitală.** Este o afecțiune neurologică ce face parte din grupul hipotoniilor congenitale. Boala apare în copilărie, manifestîndu-se clinic printr-o diminuare a tonusului muscular, care nu se însoțește de paralizie. Boala se produce atunci cînd există leziuni ale căilor sensibilității profunde (nervi senzitivi, rădăcini posterioare, cordoane posterioare, tabesul dorsal), în sindromul cerebelos și în leziunile sistemului vestibular periferic. Prognosticul bolii este sever și depinde de cauza ce a determinat apariția bolii.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manual élémentaire de neuropathologie*, Edit. Masson C-ie, 1971.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Struppler A. : *Myopathien*, Stuttgart, G. Thieme, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

G

GAISBÖCK (sindromul lui) (1905): **policitemie cu hipertensiune.**

Este o eritremie (boala lui Vaquez) la care se asociază pe lîngă o creştere importantă a numărului de hematii şi hipertensiune arterială. Spre deosebire de boala lui Vaquez, sindromul lui Gaisböck nu prezintă splenomegalie. Studii recente permit a se crede că sindromul Gaisböck este determinat de o anumită cauză genetică şi că nu există o relaţie de cauză-efect între creşterea valorii hematocritului şi boala vasculară. De multe ori, boala are caracter familial. Sindromul nu este atît de rar pe cît se crede. Într-un studiu efectuat în 1964 de Patterson, Russell şi Conley, s-au întîlnit pe 6 000 de bolnavi dintr-un spital de medicină generală, 7 noi cazuri. Boala are o evoluţie foarte lentă. Venesecţiile repetate nu s-au dovedit a fi factorii cei mai activi pentru ameliorarea bolii.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis* 2, W. B. Saunders, Philad., 1969.
2. Gaisböck F.: *Ergebn. Inn. Med. Kinderheilk.*, 1922, 21, 204.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hall C. A. : *Archives of internal medicine*, 1965, 116, 1, 4.
4. Lawrence J. H., Berlin N. J. : *Yale J. Biol. Med.*, 1952, 24, 498.
5. Patterson, Russel R., Conley C. L. : *Arch. Int. Med.*, 1964, 114, 6, 734.

GAILLARD (sindromul lui) : **dextrocardie produsă de o retracție pleuro-pulmonară.**

Afecțiunea se caracterizează printr-o poziție anormală a cordului care se găsește în hemitoracele drept, în poziție simetrică față de cea normală. De fapt, sindromul lui Gaillard este o dextropoziție a inimii, secundară sechelelor retractile ale unei pneumopatii drepte sau ale unei pleurezii sau pneumotorax stîng.

1. Fowler N. O. : *Physical Diagnosis of Heart Disease.* Ed. McMillan, 1962.
2. Nadas A. S. : *Pediatric Cardiology*, ed. 2, W. B. Saunders, 1963.
3. Wood P. : *Diseases of the heart and circulation.* 2nd. ed. Lippincott.

GALEAZZI (boală) : **fractura Galeazzi.**

Este o fractură a osului radial deasupra gîtului mîinii, întovărășită de luxația extremității inferioare a osului cubital.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase*, Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie*, Edit. Flammarion, 1967.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.

GALEN (boală) : **luxația lui Galen.**

Este o luxație acromio-claviculară de tip supraacromial.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie*. Edit. Flammarion, 1967.
3. Forgue E. : *Précis de pathologie externe*. Masson, Paris, 1939.

GALLAIS (sindromul lui) (1911) : **sindromul genito-suprarenal ; sindromul Apert-Gallais.**

Este un sindrom endocrin determinat de disfuncția cortexului suprarenal (hipersecreție de

Scanned with OKEN Scanner

hormoni androgeni). Manifestările clinice depind de sex și de vîrsta de apariție. Sindromul genitosuprarenal congenital se datorește cel mai adesea unei hiperplazii congenitale a suprarenalelor și foarte rar tumorilor. La băiat, primele semne ale acestui sindrom se manifestă printr-o pseudopubertate precoce (pilozitate accentuată, dezvoltarea organelor genitale etc.). La fetițe, el se manifestă printr-un pseudohermafroditism cu hipertrofia clitorisului. În afară de acestea mai apar și tulburări de tip addisonian (vărsături, stări de colaps, hiponatremie, hipocloremie, hiperkaliemie etc.). Sindromul genitosuprarenal prepubertar se manifestă la băiat prin pseudopubertate precoce, iar la fetițe, prin pseudohermafroditism și virilism corticosuprarenal. Sindromul genitosuprarenal postpubertar se manifestă la bărbat printr-un sindrom androgenic, iar la femei prin virilism corticosuprarenal. Etiologia afecțiunii este determinată de hiperplazia congenitală a corticosuprarenalei, de tumori corticosuprarenale etc. Prognosticul depinde de forma clinică a sindromului și de posibilitățile terapeutice (ablația chirurgicală a tumorii).

1. Behrman H. T. : *J.A.M.A.*, 1960, 172, 1924.
2. Forbes A. P. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 602.
3. Forbes A. P. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 646.
4. Greenblatt R. : *The hirsute female.* Thomas edit., 1963.

GALLAND (boala lui) : osteocondroza disecantă.

Este o afecțiune a coloanei vertebrale, ce interesează de obicei numai o vertebră, ce se caracterizează prin separarea unei porțiuni triunghiulare din marginea corpului vertebral. Se crede c-ar fi o hernie de disc, în care, nucleul pulpos s-ar insinua între corpul vertebral și marginea corpului.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase*, Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Loeffler W., Moroni D. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1951, 81, 128.
3. Quervain F. De. : *Spezielle chirurgische Diagnostik*, Berlin, 1931.

Scanned with OKEN Scanner

GALEZOWSKI-PARINAUD (sindromul lui) (1899): **conjunctivita Parinaud; boala ghearelor de pisică oculo-glandulară.**

Este o boală ce se caracterizează clinic printr-o conjunctivită infecţioasă unilaterală, asemănătoare cu trahomul. Etiologia bolii nu este cunoscută. Se crede c-ar fi determinată de o tuberculoză, tularemie sau unele infecţii fungice cum ar fi ciuperca leptothrix. Pe membrana conjunctivală care este detaşabilă se găsesc depozite de fibrină abundentă şi uneori purulentă. Corneea nu este interesată în procesul patologic. Pleoapele sînt edematiate şi ganglionii preauriculari şi cervicali măriţi. Bolnavii pot prezenta stări subfebrile. Atît edemul cît şi adenopatia retrocedează în decurs de 3—5 săptămîni. Vindecarea spontană survine însă după 4—6 luni fără formare de cicatrice conjunctivale.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Buc.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Ed. Doin-Doren, 1970.
3. Stojalowski K.: *Pol. Tyg. lek.*, 1954, 9, 1611.

GAMSTORP (sindromul lui) (1956): **adinamia episodică ereditară.**

Este o afecţiune neurologică ce face parte din grupul miotoniilor. Are caracter familial cu transmisie dominant autosomală şi debutează în copilărie. Are tendinţa de agravare la pubertate. Se manifestă clinic sub formă de accese scurte de 30—90 minute de paralizie flască a musculaturii capului, precedată de disestezii. Cînd sînt interesaţi şi nervii cranieni, atunci apar tulburări de masticaţie, deglutiţie şi fonaţie. Boala se însoţeşte în cursul crizelor, de hiperkaliemie.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology.* 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Gamstorp J.: *Acta paediat.*, Suppl., 1956, 108.
3. Norris J. H.: *Neurology*, 1962, 12, 208.
4. Pearson C. M.: *Brain*, 1964, 87, 341.

GANDY (boala lui) (1906): **infantilismul tardiv postpubertar.**

Sindromul lui Gandy se caracterizează printr-un infantilism tardiv postpubertar, care este declanşat în urma unei boli infecto-contagioase

Scanned with OKEN Scanner

sau a unui traumatism al testiculelor. Tabloul clinic se manifestă prin pierderea libidoului și a potenței, întîrzierea creșterii pilozității, în special cea facială, sterilitate, absența inițiativei și a interesului, mialgii și rahialgii, atrofia și hipoplazia organelor genitale externe și a prostatei. Tegumentele feței sînt subțiri, ușor ridate și colorate în galben, barba este rară. Părul este absent la nivelul antitragusului. Se mai observă de asemenea obezitate de tip troncular și cifoză. Tratamentul constă din administrare de metiltestosteron.

1. Gross R. E., Replogh R. L. : *Postgrad. Med.*, 1963, 34, 266.
2. Kaplan N. M., Norfleet R. G. : *Ann. Int. Med.*, 1961, 54, 461.
3. Money J. : *New York J. Med.*, 1963, 63, 2348.

GANSER (sindromul lui) : **pseudodemența lui Ganser.** Este un sindrom psihic caracterizat prin răspunsuri fără sens la întrebările cele mai simple, amnezie, depersonalizare și obnubilare. Afecțiunea apare în psihozele de închisoare, în reacțiile de situație sau isterice. Este o tulburare a conștiinței. Sindromul poate fi pur, cînd apare după traumatisme sau nevroze, sau asociat cu alte psihopatii cum ar fi de exemplu schizofrenia și oligofrenia. Bolnavii dau întrebărilor răspunsuri aproximative, absurde și echivoce. Această absurditate este căutată și bolnavii fac efort intelectual pentru a găsi răspunsul cel mai absurd și nelogic. Ei tutuiesc pe medic, fac socoteli eronate, nu răspund la întrebările puse etc. De multe ori, nu numai răspunsurile date de bolnavi sînt absurde, ci și execuția ordinelor. Ei încearcă a se folosi de obiectele pe care le posedă în mod cu totul pe dos, efectuînd gesturi de pseudoapraxie.

1. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. II, edit. Medicală, București, 1957.
2. Marinescu G., Sager O., Kreindler A. : *Revue Neurolog.*, 1931, t. 1, 6, 721.
3. Pelicier Y. : *Guide psychiatrique du médecin praticien*. Masson, Paris, 1970.
4. Radovici A., Kreindler A. : *Revue neurolog.*, 1926, t. 1, 6, 1123.

Scanned with OKEN Scanner

5. Radovici A. : *Les états hystéroides organiques.* Revue neurol., 1936.

GARDNER (sindromul lui) (1951—1953) : **sindrom complex care asociază o polipoză digestivă cu tumori multiple ale oaselor și ale țesuturilor moi.**

Sindromul asociază o polipoză digestivă cu tumori multiple ale oaselor și ale țesuturilor moi (fibroame, chisturi). Este o afecțiune ereditară de tip dominant, care se caracterizează printr-o polipoză recto-colică, întovărășită de tumori ectodermice diferite (mai ales noduli subcutanați). Boala este recidivantă și numai rareori metastaziantă. Rareori, se observă și deformații osoase (noduli osoși). Boala are o evoluție extrem de lentă. Nu se transformă decît rareori, malign.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Chevrel B., Chevrel J. P. : *Vie médicale*, 1972/4, nr. 33, p. 4073.
3. Gardner E. J., Richards R. C. : *Amer. J. Hum. Genet.*, 1953, 5, 139–147.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine*, Masson C-ie Paris, 1955.

GAREL (sindromul lui) : **angina stiloidiană cronică ; sindromul apofizei stiloide lungi ; stilalgia.**

Este o afecțiune algică cranio-facială caracterizată clinic prin existența unor algii faringiene tenace și perceptive la palparea faringiană. Îndărătul sau dedesubtul amigdalei apare un cordon dur, lung și vertical, paralel cu ramura ascendentă a maxilarului, care traversează oblic loja amigdaliană înainte și în jos. Radiologic, afecțiunea se caracterizează prin existența unei apofize anormal de dezvoltate și deviate. Rezecția apofizei stiloide duce la dispariția durerilor.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*, Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Gorlin R. J. : *Original Articles Series*, 1969, 5, 2, 65–76.

GARDNER-DIAMOND (sindromul lui) : **purpura posttraumatică.**

Este o purpură ce se caracterizează clinic prin apariția unor echimoze dureroase, ce apar mai

Scanned with OKEN Scanner

frecvent la extremități și care, ulterior, se pot extinde și în alte regiuni. Boala este mai frecventă la femei, mai ales la cele cu fond psihonevrotic. De obicei, echimozele apar după traumatisme sau intervenții chirurgicale. Purpura, din punct de vedere patogenic se datorește unei sensibilități a stromei hematiilor proprii. La unii bolnavi se pot observa manifestări incluzînd hemoragii intracerebrale, cu evoluție foarte gravă.

1. Conn H., Conn R.: *Current Diagnosis 2*, W. B. Saunders, Phil., 1969.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes*, New York, 1960.
3. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, Phil., 1961.

GAGGARIN-JACKSON (boala lui): **epilepsia de tip Gaggarin-Jackson.**

Este o afecțiune neurologică ce se manifestă sub formă de convulsii parțiale, localizate și unilaterale la început, care, spre deosebire de epilepsia clasică, nu se întovărășește de pierdere de cunoștință. Accesul începe de la față, mînă sau picior, întinzîndu-se ulterior și la alte părți ale extremității respective. Deseori, accesul se poate generaliza terminîndu-se într-un mare acces convulsiv, cu pierdere de cunoștință și cu toate celelalte caracteristici ale acestuia. Boala se datorește unei leziuni cerebrale localizate în frontala ascendentă fiind cauzată de o tumoare cerebrală, meningită localizată. În tumorile cerebrale, accesele sînt la început rare și ulterior, devin mai dese. Uneori, ele sînt continui. Din cauza corespondenței lor pe un segment, începutul convulsiilor poate indica cu precizie sediul exact al leziunii.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Kreindler A. și colab.: *Neurologia*, vol. II, Edit. Medicală, Buc., 1957.
3. Rasmussen T., Gossman H.: *Neurology*, 1963, 13, 659–669.
4. Sumi S. M., Teasdall R. D.: *Neurology*, 1963, 13, 582–586.

GARCIN (sindromul lui) (1927): **paralizia mușchilor oculo-motori a lui Garcin.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o afecțiune oculară ce se caracterizează prin paralizia unilaterală a nervilor cranieni. Sindromul debutează într-un punct și apoi se completează progresiv. Sindromul se datorește lezionării nervilor oculomotori și a nervilor micști ai perechilor V, VII și VIII. Paraliziile pot fi determinate de o invazie neoplazică de la nivelul bazei sau de o propagare intracraniană a unei tumori din nasofarinx. De multe ori, aceste paralizii pot fi determinate și de metastaze.

1. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuroradiologique en ophtalmologie*, Masson C-ie, 1966.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie*. Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.
4. Woillez M., Tessier P. : *Bull. et Mém. Soc. Opht. de France*, 1967, 578.

GARNIER-REILLY (boala lui) : **icterul infecțios cu reșute ; spirochetoza ictero-hemoragică Mathieu-Weil ; boala lui Fiedler ; boala lui Vasiliev-Weil ; boala lui Weil** (vezi).

GARRÉ (boala lui) : **osteomielita sclerozantă nesupurată.**

Este o boală din grupul afecțiunilor osoase localizate, o formă de osteomielită, care apare în caz de infecții nu prea violente, ce se caracterizează printr-o neoformație difuză a osului, fără distrugere osoasă : cavitatea medulară se reduce, corticala se îngroașă. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin dureri intense la nivelul osului, în special noaptea. Procesul patologic se întîlnește cel mai frecvent la nivelul oaselor lungi și îndeosebi al tibiei. Boala evoluează febril, cu o viteză de sedimentare accelerată a hematiilor și cu leucocitoză marcată. Evoluția bolii este îndelungată, procesul patologic trenant se prelungește cîțiva ani. Prognosticul este în general, bun. Boala trebuie diferențiată de osteoidul corticalei sau osteomul osteoid, care nu prezintă simptome inflamatorii. Tratamentul este chirurgical.

1. Collonna P. C. : *Reg. Orthoped. Surg.*, 1950, 78.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, 1965.
3. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.*, Flammarion, 1967.
4. Giedeon J. : *Fortschrite auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen*, 1960.

GÄNSSLEN (boala lui) (1927) : **anemie splenică hemolitică și distrofii osoase.**

Este o afecțiune care asociază concomitent o anemie splenică hemolitică cu multiple distrofii osoase, mai ales, ale craniului și diafizelor. Boala este rar întîlnită. Are caracter ereditar. Simptomatologia clinică este dominată de anemia hemolitică. Prognosticul relativ sever. Splenectomia poate ameliora evoluția bolii.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie*, 2 Auflage, G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique*, Masson C-ie, 1958.
3. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*, New York, 1960.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, Phil., 1961.

GARNIER-REILLY (sindromul lui) : **icterul infecțios cu reșută ; icterul cataral spirochetozic.**

Este o formă clinică a leptospirozei icterohemoragice, boală cauzată de spirocheta lui Inada și Ido sau de leptospira ictero-hemorragiae. Boala apare în mici epidemii, mai frecvente vara și toamna. Leptospira produce o infecție cronică la șobolani. Omul se infectează direct în urma mușcăturii de șobolan sau prin ingestia alimentelor contaminate. Histopatologic, boala se caracterizează prin focare inflamatorii sau necrotice în mușchii striați, ficat, rinichi, ochi și meninge. Tabloul clinic al icterului cataral spirochetozic, una din formele clinice ale spirochetozei icterohemoragice (boala lui Weil, boala lui Mathieu-Weil) se manifestă ca un icter infecțios benign sau un icter cataral. Mialgiile, herpesul, reacția meningeală, atingerea renală și reșuta febrilă, completează aspectul clinic al bolii și determină, înainte de punerea în evidență a agentului patogen prin mijloace de laborator, punerea diagnosticului. În această formă, circa 15% dintre bolnavi pot deceda. Tratamentul specific constă

Scanned with OKEN Scanner

din administrare de penicilină, seroterapie (Marbin și Pettit) și de ser de convalescent.

1. Edwards G. A., Domm B. M. : *Medicine*, 1960, 39, 117.
2. Heath C. W., Alexander A. D., Galton M. M. : *New Engl. J. Med.*, 1965, 273, 857.
3. Top F. H. : *Communicable and Infectious Diseases*, ed. 5-a, Mosby, 1964.

GARROD (boala lui) : **alcaptonuria.**

Alcaptonuria reprezintă un defect congenital al metabolismului acizilor aromatici. Diagnosticul se bazează pe triada clasică : artrita, pigmentarea cartilajului și colorarea închisă a urinelor datorită prezenței acidului homogentizinic. Boala se datorește unei deficiențe importante a homogentizicoxidazei din ficat și rinichi, care împiedică transformarea acidului homogentizinic în maleil-acetoacetat. Boala se transmite recesiv autosomal la cele mai multe dintre familiile alcaptonurice. Boala este compatibilă cu o viață îndelungată. În afară de coloraţia anormală a urinei, nu există manifestări clinice pînă la al doilea sau al treilea deceniu, cînd începe să apară ocronoza.

1. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului*, Editura Medicală, București, 1966.
2. Milch R. A. : *Arthritis Rheumat.*, 1961, 4, 253.
3. Milch R. A. : *Am. J. Human. Genet.*, 1960, 12, 76.
4. Zannoni V. G., Seegmiller J. E., La Du B. N. : *Nature*, 1962, 193, 952.

GASPARINI (sindromul lui) : **lezionarea perechilor de nervi V, VI, VII și VIII.**

Este o afecțiune neurologică ce constă din lezionarea perechilor de nervi a V-a, a VI-a, a VII-a și a VIII-a, cu tulburări de sensibilitate la nivelul extremităților superioare și inferioare de partea opusă a focarului.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*, Edit. Med., Buc., 1967.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

Scanned with OKEN Scanner

GASSER (boala lui) (1949) : **eritroblastopenia acută ; reticulopenia acută ; anemia acută curabilă a sugarului cu hipoplazie medulară criptogenetică ; sindromul Gasser-Karrer.**

Este un sindrom anemic ce se manifestă printr-o criză aplastică acută, determinată de un blocaj tranzitoriu al diviziunii şi opririi maturaţiei proeritroblaştilor. Etiologia bolii este probabil alergică sau infecţioasă. În sîngele periferic se observă dispariţia periodică a reticulocitelor, leucopenie şi eozinofilie şi uneori, trombocitopenie. În medulogramă se constată absenţa periodică a eritropoiezei, cu apariţia de proeritroblaşti giganţi anormali, creşterea proporţiei de plasmocite şi eozinofile. În serul sanguin, atît fierul cît şi cuprul sînt crescute. Boala are un prognostic bun. Înlăturarea cauzei declanşatoare (cînd ea se cunoaşte) duce la amendarea tuturor fenomenelor morbide.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie*, 2 Aufl. G. Thieme Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique*, Masson C-ie, 1958.
3. Gasser C., Karrer P. : *Helv. Paediat.*, Acta, 1949, 4, 107.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, Lea and Febiger, Phil, 1961.

GASSER (sindromul lui) : **sindromul uremic hemolitic acut.**

Este o anemie hemolitică dobîndită, cu evoluţie foarte gravă, determinată de o hemoliză a hematiilor prin reacţii anticorp-antigen. Debutul este acut, cu febră, vărsături, dureri abdominale, hemoglobinurie şi anemie intensă. Numărul eritrocitelor este foarte scăzut, iar acestea prezintă alterări grave şi sînt fragmentate. Numărul trombocitelor este de asemenea scăzut. Hemoliza determină la nivelul rinichiului anurie, care se însoţeşte de albuminurie, cilindrurie, hematurie masivă. De multe ori se observă şi hemoglobinurie. Leziunile renale nu sînt determinate, aşa cum s-a crezut, de eliminarea hemoglobinei, ci de stroma celulară pusă în libertate ca în sindromul de strivire „crush syndrome". Acest fapt a fost pus în evidenţă prin autoexperienţa lui Crosby.

Scanned with OKEN Scanner

1. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie Clinique.*, Masson C-ie, 1958.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*, New York, 1960.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Marinescu E. : *Pediatria.* Buc., 1968, 4, 369.

GASSER-KARRER (sindromul lui) : **anemia hemolitică a prematurilor ; boala lui Gasser** (vezi).

Sindromul Gasser descris în 1955, sub denumirea de sindrom hemolitic uremic, este o afecțiune asemănătoare microangiopatiei trombocitopenice a lui Moschowitz. El se manifestă clinic printr-o anurie acută ireversibilă, întovărășită de tulburări hematologice. Leziunea histopatologică ce stă la baza acestui sindrom este o necroză corticală bilaterală și alterări ale arteriolelor aferente și eferente. De fapt, acest sindrom este o varietate a bolii lui Gasser, de care se diferențiază prin faptul că afectează doar prematurii în primele zile de viață. Prognosticul este foarte grav.

1. Gasser C., Gautier E., Steck A. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1955, p. 905.
2. Gasser C., Karrer P. : *Helv. Paediat. Acta*, 1948, 3, 387.
3. Reubi F. : *Néphrologie clinique*, Masson C-ie, Paris, 1961.

GASTAUT (boala lui) (1952) : **encefalita mioclonică a primei copilării cu disritmie majoră (hipoaritmia).**

Este o afecțiune neurologică a noului născut și a primei copilării, ce constă din oprire în dezvoltare somatică, regresiune psihică și cu crize mioclonice. Se mai observă și spasme musculare în flexie. În general, boala apare în primele 1—10 luni de viață. Evoluția bolii este foarte rapidă : copiii mor cu demență și crize mioclonice.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Masson, Edit. Paris, 1971.
3. Sorel P., Du Sausy-Bauloye J. : *Acta Neur. Psych. Belg.*, 1958, 58, 140.

GASTAUD (boala lui) (1957) : **epilepsia posthemiplegică.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o formă clinică a paraliziei infantile acute, consecutive căreia apare epilepsia. Boala se manifestă prin crize de convulsii unilaterale, hemiplegie și epilepsie.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Gastaud L. : *Rev. Neurologie*, 1957, 97, 1, 37.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

GAUCHER (boala lui) (1882) : **tesaurizare de sfigomielină în sistemul reticuloendotelial ; dislipoidoza ; xantomatoza.**

Boala lui Gaucher este o sfingolipoidoză, destul de rară, cazurile din literatură nedepășind pînă în prezent 500 de bolnavi. Transmisia bolii se face fie în mod recesiv, fie predominent cu penetrație incompletă. Modificările chimice interesează fosfatazele acide și cerebrozidele. Ele s-ar datori diminuării activității sau absenței unei enzime care degradează cerebrozidele. Excesul de cerebrozide este generalizat (hematii, plasmă, oase, splină, creier etc.). În ficat, splină, ganglionii limfatici și măduva osoasă se găsesc celulele Gaucher, celule mari, destinse, ovale sau sferoide, cu unul sau mai mulți nuclei situați excentric într-o protoplasmă abundentă. Pe baza acestora se pune diagnosticul precis. Tabloul clinic este reprezentat de anemie, splenomegalie cu hipersplenism, pigmentația brună a tegumentelor și o turtire a oaselor la nivelul capului femural. Mortală la noul născut, ea evoluează lent la adult. Tratamentul este simptomatic ; în caz de hemoragii mari se poate recurge la splenectomie.

1. Berger B. : *Lipids and Lipidoses.* Springer Verlag, Berlin, 1967.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie,* Edit. Med. Buc., 1965.
4. Hillborg P. O., Svennerholm L. : *Acta Paediatr.,* 1960, 49, 707.
5. Pokrovski P. J., Tepa L. C. : *Probl. Ghematologii,* 1971, 16, 11, 15.
6. Schettler G. : *Lipids and Lipidoses.* Springer Verlag, Berlin, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

GAUCHER (boala lui) (1894) : **pseudotuberculoza aspergilară ; pseudotuberculoza aspergilară simplă ; aspergiloza plămînilor ; aspergiloza.**

Este o boală ce se întîlneşte de obicei la indivizii care gavează porumbeii. Afecţiunea este cauzată de dezvoltarea ciupercii : aspergillus fumigatus. Tabloul clinic se traduce de obicei, prin manifestări pulmonare. În forma bronşitică, simptomele dominante sînt tusea, dispneea, hemoptizia şi febra. În forma clinică de bronhopneumonie, se remarcă, în afară de aspectul radiologic specific, o înrăutăţire a stării generale şi cu evoluţie spre abcedare. Aspergiloza intrabronşitică se caracterizează clinic prin supuraţie pulmonară cronică jalonată de hemoptizii. Examenul sputei este determinant pentru punerea diagnosticului (decelarea de spori şi filamente de ciupercă). Tratamentul constă din exereză în forma bronşiectaziantă şi amphotericina B, în celelalte forme.

1. Connant N. F. şi colab. : *Manual of Clinical Mycology.* W. Saunders, 1954.
2. Dalldorf G. (sub redacţia) : *Fungi and Fungous Diseases.* Thomas, 1962.
3. Salvin S. B. : *Progr. Allergy,* 1963, 7, 213.
4. Wilson J. W., Plunkett A. O. : *The Fungous Diseases of Man.,* Univ. of California, 1965.

GAUCHOIS-EPPINGER-FRUGONI (sindromul lui) : **tromboza recidivantă a venei porte.**

Tromboflebita recidivantă a venei porte şi deseori a venei splenice apare de obicei în timpul copilăriei. Se manifestă sub formă de pusee ascitice febrile, hipersplenism şi hemoragii digestive. Diagnosticul este greu de pus şi se bazează de obicei pe metode care pun în evidenţă obstacolul de la nivelul venei porte. Ca şi celelalte forme de tromboză a venei porte, sindromul lui Gauchois-Eppinger-Frugoni poate fi determinat de o ciroză a ficatului, o invazie neoplazică a venei porte, de o hiperplachetoză, de o pileflebită, de un traumatism sau în urma unei infecţii generalizate. Acest sindrom mai poate surveni şi idiopatic, fără o cauză aparentă. Diagnosticul este dificil, iar tratamentul variază după cauza care l-a produs.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Schiff L. : *Bolile ficatului.* Editura Medicală, București, 1970.

GAUPP (boala lui) : **poikilodermia congenitală ; poikilodermia vasculară congenitală ; boala lui Thompson.**

Este o boală ce apare la sugar, imediat după naștere sau mai tîrziu, în primul an de viață, caracterizată clinic prin edeme inflamatorii, urmate de dilatații vasculare, tulburări de pigmentație și atrofia pielii. Concomitent, se observă de asemenea defecte de creșterea unghiilor, a oaselor și a dinților. Boala trebuie deosebită de maladia lui Rothmund. În această din urmă afecțiune, pe lîngă fenomenele de mai sus, se mai observă o cataractă congenitală și diferite tulburări endocrine. Etiologia este necunoscută. Prognosticul este sever. Nu are nici un fel de tratament specific.

1. Gardner D. L. : *Pathology of the Connective Tissue Diseases.* Williams and Wilkins, 1965.
2. Kampmeier R. H.: *Arch. Int. Med.*, 1960, 106, 573.
3. Rautz L. A., Holman H. R. : *Mod. Concepts Cardiovascul. Dis.*, 1966, 35, 61.
4. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Disease.* Grune and Stratton.
5. Thompson M. S. : *Brit. J. Dermat. Syph.*, 1936, 158, 221.

GAYET-WERNICKE (sindromul lui) (1875—1881) : **encefalopatia alcoolică.**

Este un sindrom caracterizat printr-o cefalee intensă, mai ales în regiunea frontală și occipitală, ce se observă la indivizii ce consumă în mod cronic alcool. De obicei, această cefalee se asociază și cu alte manifestări clinice, cum ar fi psihoza acută halucinogenă dominant auditivă. Bolnavul are permanent impresia că aude o a treia persoană vorbind despre el. Bolnavul este perfect ordonat în mișcări și are un comportament aproape normal.

1. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique du médecin praticien.* Ed. Maloine, 1970.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie,* München-Berlin, 1951.

GAYET-WERNICKE (boala lui) : **polioencefalita superioară hemoragică ; polioencefalita hemoragică superioară a lui Wernicke.**

Este o afecțiune determinată de leziuni cu caracter hemoragic, situate în partea superioară a trunchiului cerebral, periependimar, ce interesează nucleii nervilor oculo-motori. Boala apare la alcoolicii cronici, la indivizii cu cancer de stomac și la cei cu diferite tulburări metabolice. Se pare că este vorba de o carență de vitamina B_1. Din punct de vedere clinic, se observă cefalee, pierderi de cunoștință, vărsături și stare letargică. Se mai poate observa de asemenea oftalmoplegie, ataxie și tremurături. La examenul anatomo-patologic se constată hemoragii petesiale, proliferări vasculare și leziuni nervoase în jurul apeductului lui Sylvius și în planșeul ventriculului al IV-lea. Tratamentul constă din administrare de vitamina B_1.

1. Darby W. J. : *M. Clin. North America,* 1964, 48, 1203.
2. Dent C. E. (editor) : *Am. J. Med.,* 1957, 22, 671.
3. Duncan G. G. : *Disease of metabolism.* ed. V., W. B. Saunders, 1964.
4. Holt K. S., Milner J. : *Neurometabolic Disorders in Childhood.* Williams and Wilkins, 1964.
5. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

GAYELIN-BOWLE-PENFIELD (boala lui) (1929) : **endarterita calcificantă a encefalului.**

Este o afecțiune neuro-vasculară determinată de existența unor focare mari, difuze și neregulate, de calcificare, sub formă ombilicată, în creier. Simptomatologia clinică este în directă relație cu localizarea modificărilor vasculare și cu întinderea lor. Boala se manifestă uneori sub formă de paroxisme epidemice. Prognosticul este foarte sever. Nu există un tratament curativ eficace.

Scanned with OKEN Scanner

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Editura Medicală, București, 1967.

GEE (boala lui) : **maladia celiacă ; infantilismul intestinal ; steatoreea idiopatică ; boala lui Gee-Thayren ; boala lui Gee-Herter-Heubner.**

Afecțiune descrisă în 1888, se caracterizează clinic prin diaree cronică recidivantă, denutriție progresivă, scaune grăsoase cu volum mare. Acestea reprezintă simptome secundare unor tulburări profunde de resorbție intestinală și polihipovitaminoză. Boala este determinată de o intoleranță pentru gliadină, o fracțiune alcoolică a glutenului din cereale. Afecțiunea este întîlnită la copii în jurul vîrstei de 1—6 ani. Din punct de vedere biologic, se remarcă prezența grăsimilor în scaune, aplatizarea curbei de hiperglicemie provocată și hipoproteinemie. Se mai observă de asemeni o anemie hipocromă și diminuarea carotenului în sînge. Prognosticul este rezervat. Există însă și forme fruste. În formele secundare (parazitoză, infecție, malformații intestinale) tratamentul este cauzal, în cele idiopatice, el este simptomatic.

1. Dent C. E. : *Am. J. Med.*, 1957, 22, 671.
2. Duncan G. G. : *Diseases of metabolism*. Saunders, 1964.
3. Halpern S. L. : *M. Clin. North. Amer.*, 1964, 48, 1111–1269.
4. Hsia D. Y. Y. : *New England J. Med.*, 1960, 262, 1172–1178.
5. Leïstyna J. A. : *Am. J. Dis. Child.*, 1962, 104, 680–694.

GEE-THAYREN (boala lui) : **maladia celiacă ; steatoreea idiopatică ; boala lui Gee-Herter-Heubner ; boala lui Gee (vezi).**

GEE-HERTER-HEUBNER (boala lui) : **infantilismul intestinal ; steatoreea idiopatică ; maladia celiacă; boala lui Gee-Thayren ; boala lui Gee (vezi).**

GELINEAU (boala sau sindromul lui) (1880) : **narcolepsia esențială ; narcolepsia.**

Este o afecțiune caracterizată prin atacuri bruște și irezistibile de somn sau printr-o hipo-

Scanned with OKEN Scanner

tonie importantă care determină pe bolnav „să cadă la pămînt". De obicei, această stare este cauzată de emoții. Hipotonia durează numai cîteva secunde. În afară de aceste simptome dominante, bolnavii mai pot prezenta o serie de alte tulburări printre care cele vegetative, poliglobulie, hipogenitalism, obezitate și diabet insipid moderat. Există 2 forme clinice: una idiopatică care răspunde la tratamentul cu simpaticomimetice și una simptomatică, determinată de obicei de tumori la nivelul ventriculului al treilea, encefalomielită, sifilis cerebro-spinal etc., care nu răspunde decît unei terapeutici cauzale.

1. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Pelicier Y.: *Guide psychiatrique du médecin praticien.* Masson, 1970.

GENSOUL (boala lui): **angina Ludwig; flegmonul fundului cavității bucale.**

Este o afecțiune otorinolaringologică ce se manifestă clinic printr-un infiltrat dur, dureros al fundului cavității bucale, însoțit de sialoree, dificultate în deglutiție și vorbire. De cele mai multe ori, acest proces patologic este determinat de o inflamație cu punct de plecare dentar. Tratamentul este chirurgical și prin administrare de antibiotice.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GELLÉ (sindromul lui): **hemiplegia alternă.**

Este o afecțiune neurologică determinată de o lezionare protuberanțială, care din punct de vedere clinic se manifestă printr-o hemiplegie alternă: tulburări auditive de partea leziunii, hemipareză și adesea, paralizie facială de partea opusă.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

GENNES De-DELARUE-De VÉRICOURT (boala lui) : **hemocromatoza cu sindrom endocrino-hepato-miocardic.**

Este o boală determinată de o depunere excesivă de fier în organism, mai ales în ficat, pancreas și alte țesuturi parenchimatoase. Boală relativ rară, ca se observă mai frecvent la bărbat în jurul vîrstei de 50—70 ani. Forma idiopatică sau primitivă pare a fi legată de o tulburare enzimatică ereditară, în ceea ce privește resorbția fierului de către mucoasa intestinală. Forma secundară sau hemosiderotică îmbracă mai multe aspecte etiologice : hemosideroză hepatică, eritropoietică și alimentară. Tabloul clinic al acestei entități nosologice se caracterizează printr-o ciroză hepatică hepatomegalică, pigmentare cutanată de culoare bronzată sau gri-metalic, diabet zaharat adesea insulino-rezistent, hipoplazie genitală cu impotență și pierderea caracterelor sexuale secundare și insuficiență cardiacă cu alterații electrocardiografice și existența unui bloc a-v complet. Diagnosticul se pune pe baza hipersideremiei și a biopsiei ficatului. Durata medie a vieții după punerea diagnosticului este de cîțiva ani. Moartea survine în urma diabetului sau a insuficienței hepatice.

1. Finch S. C., Finch C. A. : *Medicine*, 1955, 34, 381.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*, Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Mac Donald R. A., Mallory G. K. : *Arch. Int. Med.*, 1960, 105, 686.
4. Schiff L. : *Bolile ficatului*. Editura Medicală, București, 1970.

GEORGE DI (boala lui) : **insuficiența imunitară congenitală ; aplazia congenitală timică.**

Este o boală ce se caracterizează printr-o insuficiență imunitară congenitală care afectează limfocitele timodependente, datorită unei anomalii a timusului.

1. Beck M. : *Surgical aspects of thymic tumors in adults*. Dissertation, Zürich, 1958.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GERARD-MARCHANT (boala lui) : **fractura lui Gerard-Marchant ; fractura Dupuytren a membrului superior.**

Este o formă rară de fractură bistiloidiană a extremității inferioare a antebrațului. Se caracterizează printr-o deplasare importantă a fragmentului distal. Tratamentul este ortopedic sau chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Velther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.

GERBASI (sindromul lui) (1940) : **anemia megaloblastică a primei copilării ; anemia hepatosplenică ; anemia pernicioziformă a sugarului ; anemia pseudobiermeriană a sugarului ; anemia megaloblastică reversibilă a copilului mic.**

Afecțiune ce face parte din grupul anemiilor prin carență de principiul antipernicios, ce apare în prima copilărie. Tabloul clinic este reprezentat prin glosită, paloare, hepato și splenomegalie discretă (de unde și denumirea de anemie hepatosplenică) și cîteodată și simptome neurologice (sindrom extrapiramidal). Tegumentele sînt palide, cu nuanță subicterică. Bolnavii mai pot prezenta edeme și semne de hipotrofie. În sînge se pun în evidență megaloblaștii și mielociții. Cauza bolii poate fi pusă pe seama alimentației excesiv de prelungită cu lapte de mamă și insuficiența factorilor antianemici. Tratamentul antipernicios cu vitamina B_{12} duce la vindecarea definitivă a bolii.

1. Gerbassi F. : *Pediatria* (Torino), 1940, 48, 505.
2. Heilmeyer L. : *Internist* (Berlin), 1960, 1, 223.
3. Schoen R., Tischendorf W. : *Klinische Pathologie der Blutkrankheiten,* G. Thieme, Stuttgart, 1950.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology,* Philadelphia, 1961.

GERHARDT (sindromul lui) (1863) : **paralizia corzilor vocale ; paralizia dilatatorilor glotei.**

Este un termen medical vechi, care este părăsit în prezent, însă la vremea lui includea în

Scanned with OKEN Scanner

sfera lui toate formele clinice de paralizie a corzilor vocale. Sindromul este determinat de o lezionare a centrilor bulbari, care determină apariția unei paralizii a mușchilor dilatatori ai laringelui, ceea ce produce, în momentul mișcărilor respiratorii, o lipsă de îndepărtare a corzilor vocale. Acestea se pot însă apropia în cursul fonației.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of otolaryngology*, 3rd. ed. W. B. Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology*, 5 vol. Prior, 1960.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Med. Buc., 1967.

GERHARDT (sindromul sau boala lui) : **eritromelalgia ; boala lui Weir-Mitchell (1872).**

Este o boală relativ rară, caracterizată clinic prin accese paroxistice, dureroase de vasodilatarea extremităților. Cauza bolii este necunoscută ; în policitemie există o eritromelalgie secundară, simptomatică. Crizele sînt declanșate de efort și de căldură. Ele se manifestă clinic ca o senzație de arsură la nivelul mîinilor și picioarelor, mai rar la nivelul întregului membru. În timpul accesului, mîinile și picioarele sînt roșii sau violacee, umede, calde, iar pulsul săltăreț. Tratamentul este simptomatic.

1. Allen E. V., Parker N. W., Hines E. A. jr. : *Peripheral Vascular* Diseases, 3rd. ed. W. B. Saunders, 1962.
2. Babb R. R. și colab. : *Circulation*, 1964, 29, 139.
3. Barrett A. J., Fraser J. R. E. : *Peripheral Vascular Disease*. Melbourne Univ. Press., 1955.
4. Wright I. S. : *Vascular Diseases in Clinical Practice*. 2nd. ed. Year-Book, 1952.

GERLIER (boala lui) (1884) : **vertijul paralizant ; vertijul paralitic ; Kubisaguri (Japonia) ; boala Nakano ; boala văcarilor.**

Este o boală cu etiologie necunoscută, care se manifestă clinic prin atacuri paroxistice de vertije și paralizie temporară a musculaturii voluntare a membrelor și a unor nervi cranieni (diplopie, cecitate). Crizele durează cîteva minute și se repetă cîteva luni, apoi dispar. Boala care pare a fi de origine bovină, a dispărut de mult timp

Scanned with OKEN Scanner

din Europa și se mai întîlnește, numai sporadic, în Japonia. Prognosticul este bun.

1. Alpers B. : *Vertigo and Dizziness.* Grune and Stratton, 1958.
2. Atkinson M. : *Eye Ear Nose and Throat Month,* 1963, 42, 40.
3. Bernstein L. : *Current Medical Digest,* 1963, 30, 77.
4. Saunders W. H. : *Postgrad. Med.,* 1963, 34, 449.

GERSTMANN (sindromul lui) : **sindromul circumvoluției angulare.**

Este un sindrom clinic determinat de leziunile porțiunii posterioare a lobului parietal, în urma tulburărilor de irigație ale arterei angulare. Se caracterizează clinic prin agnozie digitală, acalculie spațială, adică ignorarea plasării spațiale a cifrelor în operațiile aritmetice și imposibilitatea efectuării calculelor elementare, tulburări de schemă corporală (confuzie între partea dreaptă și stîngă a corpului) și agrafie.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology,* 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Med., Buc., 1967.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

GÉYÉLIN-BOWLE-PENFIELD (sindromul lui) : **endarterita calcifiantă cerebrală ; Gayelin-Bowle-Penfield (vezi).**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

GHADIMI (sindromul lui) : **histidinemia.**

Afecțiune descrisă în 1961, se caracterizează printr-o acumulare excesivă de histidină în sînge și urină. Concentrația crescută de histidină provoacă o scădere a 5-hidroxitriptaminei plasmatice, datorită probabil unei inhibiții a 5-hidroxitriptofandecarboxilazei de către acidul imidazolpiruvic sau de către unul dintre derivații histidinei. Histidinemia crescută s-ar datora unei deficiențe a

Scanned with OKEN Scanner

histidazei sau a urocanazei, determinată de o anomalie genetică. Clinic, boala se manifestă prin întîrziere mintală și tulburări în vorbire.

1. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Edit. Med. Buc., 1966.
2. Ghadimi H., Partington M. W., Hunter A. : *New England J. Med.*, 1961, 265, 221.
3. Ghadimi H., Partington M. W., Hunter A. : *Pediatrics*, 1962, 29, 714.
4. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.

GHILEAROVSKI (sindromul lui) : **palinergia.**

Sindromul clinic de mai sus apare în boala lui Pick, manifestîndu-se prin preseverație motorie.

1. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique du médecin praticien.* Maloine, Paris, 1970.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Med. Buc., 1967.

GIACOMINI (sindromul lui) : **microcefalia adevărată.**

Este o boală congenitală caracterizată clinic printr-o deficiență a dezvoltării psihice cu modificări neurologice tipice de encefalopatie (atetoză, epilepsie și tulburări spastice).

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.
2. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.

GIANOTTI-CROSTI (sindromul lui) (1953) : **acrodermatita eritematopapuloasă infantilă ; dermatita eruptivă a extremităților.**

Este o reticulo-endotelioză infecțioasă, probabil de natură virală, care se manifestă clinic printr-o erupție papuloasă, de cele mai multe ori simetrică, pe membrele inferioare, însoțită de purpură și poliadenopatie moderată. Boala apare la copii și durează în medie 2—8 săptămîni, lăsînd după dispariție o descuamație persistentă.

Scanned with OKEN Scanner

Mucoasele nu sînt interesate. În sîngele periferic, se remarcă celule monocitare bazofile atipice.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V., Saunders, 1963.
2. Longhin S., Antonescu S., Popescu A. : *Dermatologia.* Edit. Med. Buc., 1971.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous Medicine*, W. B. Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

GIBBS (boala lui) (1952) : **spasme infantile cu hypsaritmie ; boala crizelor de înclinare la noul născut ; sindromul lui Gastaut.**

Este o boală ce se manifestă la noul născut între 1—10 luni, caracterizată fiind prin oprire în dezvoltare somatică, regresiune psihică, crize de epilepsie, encefalită mioclonică. Pe traseul electroencefalografic se remarcă o disritmie electroencefalografică.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Sorel P., Du Sausy-Bauloye J. : *Acta Neurol. Psych. Belg.*, 1958, 58, 140.

GIBERT (boala lui) : **pitiriazis rosé Gibert ; boala Hebra-Kaposi ; pitiriazisul circinat şi maculos Dühring.**

Pitiriazisul rozat al lui Gibert este o dermatoză eruptivă cu evoluție ciclică, ce se caracterizează prin pete roșii, neregulate, rotunjite, rău delimitate, de dimensiunea de 2—10 mm, cu suprafața fină maculoasă și medalioane de 10—30 mm rotunde și ovalare, cu marginea roșie și scuamoasă și cu centrul gălbui. Leziunile de mai sus sînt pruriginoase. Debutul bolii se face brusc, leziunile evoluează progresiv, pînă la vindecarea spontană, care se face după 4—8 săptămîni, fără a lăsa urme. Recidivele sînt excepționale. Etiologia bolii este discutată : levura lui Bois de Genève, sau streptococul. Întrucît vindecarea survine spontan, nu se aplică alt tratament în cursul bolii decît cel simptomatic antipruriginos.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V. Saunders, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
3. Domonkos A. N. : *M. Clin. North America*, 1965, 49, 529.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

GIERKE von (boala lui) (1928) : **glicogenoza hepatorenală.**

Boala lui von Gierke este determinată de un deficit de glucozo-6-fosfatază. Este cea mai frecventă boală din grupul glicogenozelor. Examenul histopatologic arată o acumulare de glicogen limitală la nivelul ficatului și al rinichiului, o creștere a lipidelor hepatice și o activitate redusă sau nulă a glucozo-6-fosfatazei. Apare în primele zile de viață, manifestîndu-se prin tulburări digestive și convulsii, cel mai deseori legate de o hipoglicemie (nevoia de a consuma zahăr, stare de rău cu paloare și transpirații, rareori convulsii și comă). Copiii cu această boală prezintă o întîrziere statu-ponderală, tendință la adipozitate, abdomen voluminos, hepatomegalie. Biochimic : hipoglicemie constantă (testele cu adrenalină și glucagon produc o ușoară creștere a glicemiei, iar, încărcarea orală cu glucoză o hiperglicemie francă cu glicozurie). Se mai observă : acidoză cu acetonemie și acetonurie, hiperuricemie, hiperlactacidemie, hiperpiruvicemie, hipercolesterolemie și hipergliceridemie, glicozurie și aminoacidurie nespecifică. Transmisiunea bolii se face ereditar după modul recesiv autosomic, părinții heterozigoți fiind indemni. Detecția heterozigoților a fost posibilă prin studiul glucozo-6-fosfatazei din biopsie intestinală, dozarea intermediară fosforilată a ciclului glicolitic al hematiilor. Dacă moartea nu survine în primii ani de viață, atunci toate simptomele dispar cu timpul. Tratamentul constă în regim dietetic bogat în hidrați de carbon și sărac în lipide și corticoterapie.

1. Creveld van S. : *Ned. Maandschr.* Geneesk, 1928, 76, 403.
2. Creveld van S. : *Z. Kinderheilk.*, 1932, 52, 299.
3. Gierke von E. : *Beitr. Path. Anat.*, 1929, 82, 497.
4. Lamy M., Royer P., Frezal J., Rey J. : *Les glycogénoses in maladies héréditaires du metabolisme chez l'enfant*. 2-e edit. Masson C-ie, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

5. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

GILBERT (sindromul lui) (1893) : **colibaciloza.**

Sub această denumire se înțeleg toate aspectele clinice produse de septicemiile cu colibacil, un saprofit al intestinului care poate deveni în anumite condiții patogen. Punctul de plecare a infecțiilor cu colibacil este totdeauna cel endogen. Printre diferitele forme de septicemie cu caracter endogen se numără și sindromul Heitz-Boyer (septicemia entero-renală) și sindromul Abrami (septicemia enterohepatică). Tabloul clinic al infecției colibacilare variază după teritoriul interesat în procesul patologic. În leziunile hepato-biliare, infecția colibacilară se manifestă prin simptomatologia unei colecistite, angiocolite, pileflebită, supurație hepatică, etc. În cadrul aparatului genito-urinar, infecția colibacilară îmbracă tabloul clinic al unei cistite, pielite, pielonefrite sau chiar al unui flegmon perirenal. Mai puțin frecvente sînt infecțiile de la nivelul intestinului (abces perirectal, periapendicular, peritonită) și de la nivelul pulmonului (pneumonie cu colibacil). Termenul, în prezent, este foarte puțin întrebuințat.

1. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă.* Edit. Dacia, Cluj, 1973.
2. Dubos R. J., Hirsch J. G. : *Bacterial and mycotic infections of man.*, ed. 4. Lippincott, 1965.
3. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
4. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* 5 ed. Mosby, 1964.

GILBERT (boala lui) : **icterul familial nehemolitic.**

Este un tip de icter acoluric, nehemolitic cu caracter familial determinat de o deficiență a glicuroniltransferazei, asemănător icterului din sindromul Crigler-Najjar, însă mai puțin sever decît acesta din urmă. Tabloul clinic este șters și se manifestă prin astenie, insomnie, nervozitate și tendința la infecții intercurente. Icterul apare intermitent și este de obicei de mică intensitate. Creșterea bilirubinei se limitează la fracțiunea „indirectă". Probele funcționale hepatice sînt normale. Boala este transmisă ereditar cu caracter dominant cu penetrație incompletă.

Scanned with OKEN Scanner

1. Arias I. M. : *J. Clin. Invest*, 1962, 41, 2233.
2. Dameshek W., Singer L. : *A.M.A. Arch. Int. Med.*, 1941, 67, 259.
3. Gilbert A., Lereboullet P. : *Sem. Med. Prof.*, 1901, 21, 241.
4. Schiff L. : *Bolile ficatului*. Editura Medicală, București, 1970.

GILBERT-DREYFUS (sindromul lui) : **hipogonadismul primar.**

Hipogonadismul sau insuficiența testiculară se caracterizează printr-o atingere predominantă a funcției endocrine a testiculului. Acest sindrom poate fi clasificat în funcție de momentul debutului, adică prepubertar, pubertar (sindromul Klinefelter) sau postpubertar. Hipogonadismul prepubertar este datorit cel mai adesea deficitului gonadotrofinic specific hipofizei. El poate să apară de asemenea ca rezultat al unor leziuni destructive din apropierea regiunii hipofizare sau în urma lezionării sau malformațiilor testiculilor înșiși. În cazurile însoțite de leziuni hipofizare talia este mică, în celelalte cazuri, indivizii respectivi sînt înalți prin creșterea exagerată a oaselor lungi. Organele externe sînt incomplet dezvoltate, vocea este subțire, barba nu crește, bolnavul nu are libido, este impotent și nu se bronzează. Uneori, se semnalează ginecomastie, tegumente ridate și gălbui. Hipogonadismul pubertar (sindromul Klinefelter) va fi discutat la capitolul respectiv. Hipogonadismul postpubertar se manifestă prin grade variate de pierderea libido-ului și a potenței, întîrzierea creșterii pilozității, în special cea facială, mialgii, rahialgii, etc. La acești bolnavi, 17-cetosteroizii urinari sînt scăzuți sau normali. Prognosticul este cel al leziunii primitive. Prognosticul revenirii virilității este favorabil în cazul administrării de testosteron. Formele ușoare de hipogonadism pot fi corectate printr-o alimentație adecvată, hormon tiroidian și măsuri igienice generale.

1. Bowen P. și colab. : *Ann. Int. Med.*, 1965, 62, 252.
2. Gilbert-Dreyfus J., Schaison G. : *Rev. Prat.*, 1971, t. XXI, 2, 175.
3. Gross R. E., Replogle R. L. : *Postgrad. Med.*, 1963, 34, 266.

Scanned with OKEN Scanner

4. Kaplan N. M., Norfleet R. G. : *Ann. Int. Med.*, 1961, 54, 461.
5. Volpé R. : *Canad. M.A.J.*, 1964, 90, 1081.

GILBERT BEHÇET (sindromul lui) : **sindromul oculo-buco-genital ; boala lui Behçet (vezi).**

GILBERT-LEREBOULLET (boala lui) (1900) : **colemia benignă familială ; colemia ; boala lui Gilbert-Lereboullet-Herscher.**

Este o afecțiune încadrată în grupul icterelor cronice care se datorește unui deficit moderat în glucuronil-transferaza care conjugă bilirubina liberă. Klatskin crede că, în unele cazuri, boala este determinată de o diminuare a activității mecanismelor care intervin în transportul bilirubinei din ser la locul unde se efectuează conjugarea bilirubinei. Alți autori ca Billing și Williams au demonstrat existența unui defect de captare a bilirubinei de către ficat.

1. Arias I. : *Transport of bilirubin in the liver. Progress in liver diseases.* Ed. by H. Popper, F. Schafuer, Grune and Stratton, 1961.
2. Bamatter F. : *Schweiz Med. Wschr.*, 1962, 92, 1111.
3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Med. Buc., 1969.
4. Klatskin G. : *Ann. Rev. Med.*, 1961, 12, 211.

GILBERT-MEULENGRACHT (sindromul lui) : **icterul intermitent juvenil.**

Boala face parte din grupul sindroamelor cronice hiperbilirubinemice alături de icterul cronic Najjar-Crigler și icterul cronic idiopatic Dubin-Johnson. Sindromul este determinat de un defect în formarea glicuronidului. Debutul bolii apare de obicei pînă la vîrsta de 10 ani. Boala se manifestă cu icter variabil, cu o bilirubinemie serică ce variază între 1—10 mg%, cu reacția indirectă van den Bergh pozitivă, dureri abdominale și oboseală, ușoare modificări ale testelor funcționale hepatice. Nu există hepato și splenomegalie. În multe cazuri, există o incidență familială. Prognosticul este bun. Nu are tratament.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
2. Foulk W. T. și colab. : *Medicine*, 1959, 38, 25.
3. Mandemo E. și colab. *Am. J. Med.*, 1960, 28, 42.

Scanned with OKEN Scanner

4. Sherlock S. : *Brit. Med. J.*, 1962, 1, 1359.
5. Zimmermann H. J., West M. : *Am. J. Gastroenterol.*, 1963, 40, 387.

GIEDION-SCHEIDEGGER (boala lui) : **disgamaglobulinemie 19 S.**

Este o boală metabolică înnăscută, descrisă în anul 1957, care se datorește unei deficiențe a gamaglobulinelor 19 S cît și a beta-A-globulinelor. În realitate, boala este o disgamaglobulinemie, care trebuie diferențiată de agamaglobulinemia congenitală. Se descriu două forme clinice : forma congenitală și forma dobîndită. Forma congenitală se întîlnește mai frecvent la copii de sex masculin : țesutul limfoid este hipoplastic, iar celulele plasmocitare sînt absente. Forma dobîndită este întîlnită la ambele sexe și se datorește unei distrucții a țesutului limfoid prin infiltrații neoplasice sau leucemice, prin pierdere anormală de proteine și printr-o creștere excesivă a catabolismului protidic. Se mai descrie de asemenea și o formă fugace, datorită unei agamaglobulinemii transitorii din cauza întîrzierii în dezvoltarea organelor producătoare de anticorpi. Boala se manifestă printr-o tendință crescută la infecții repetate și ineficacitate la tratamentul cu antibiotice. Prognosticul este rezervat. Tratamentul constă din administrare de gamaglobuline.

1. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Editura Medicală, Buc., 1966.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
3. Giedion A., Scheidegger J. J. : *Helvet. Paediatr. Acta*, 1957, 12, 241.
4. Good R. A., Page A. R. : *Am. J. Med.*, 1960, 29, 804.

GILCHRIST (boala lui) (1896) : **blastomicoza nordamericană.**

Este o micoză granulomatoasă cronică a pielii și pulmonilor, care se poate generaliza și poate fi fatală. Boala afectează mai ales bărbații. Este mai frecventă în America de Nord. Agentul cauzal al bolii este „blastomyces dermatidis". Poarta de intrare este pielea sau căile respiratorii. Este o boală cronică în care, în for-

Scanned with OKEN Scanner

ma catarală, se formează numeroase pustule și granuloame pe piele. În forma generalizată, boala debutează ca o bronșită după care apar modificări radiologice, asemănătoare cu cele tuberculoase, la nivelul pulmonului. Alte diseminări se găsesc în diferite organe. Există de asemenea tendință de formare de fistule. Diagnosticul se bazează pe tabloul clinic, pe intradermoreacție și pe punerea în evidență în puroi, spută sau material de biopsie, a agentului cauzal. Tratamentul constă din administrare de sulfamide în doză de 4—6 gr. pe zi.

1. Baylin G. J., Wear J. M. : *Am. J. Roentgenol*, 1953, 69, 395.
2. Conant N. F. și colab. : *Manual of clinical mycology*. 2nd ed. W. B. Saunders, 1954.
3. Furcolew M. L. : *M. Clin. North America*, 1963, 47, 1119.
4. Harrell E. R., Curtis A. C. : *Amer. J. Med.*, 1959, 27, 750.

GILFORD (sindromul lui) (1886—1897) : **infantilismul gerodistrofic ; senilismul lui Gilford ; boala lui Hutchinson-Gilford ; progeria lui Harting ; nanismul suprarenal.**

Este o boală caracterizată clinic prin senilitate precoce și nanism, determinată de leziunarea morfo-funcțională a creierului intermediar și a glandelor endocrine. Tabloul clinic se manifestă printr-o întîrziere în creștere și aspectul senil al copiilor. Copiii prezintă un nanism important, pielea zbîrcită, subțire, părul rar, unghii atrofice, dinții provizorii se schimbă timp îndelungat, iar aspectul faciesului este de bătrîn. Concomitent, ei prezintă hipogenitalism, osteoporoză și fragilitate osoasă, atrofie musculară, arterioscleroză prematură și hemoragii cerebrale. Boala are o evoluție relativ lentă, dar bolnavii nu depășesc de obicei, vîrsta de 20 ani. Nu are tratament.

1. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines*. Flammarion, Paris, 1949.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Med., Buc., 1965.
3. Wilkins L. : *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence*, Springfield, Thomas edit., 1950.

Scanned with OKEN Scanner

4. Wiedemann H. K. : *Arch. Kinderheilk.*, 1948, 35, 169.

GILLES DE LA TOURETTE (boala lui) (1885) : **boala ticurilor.**

Este o boală degenerativă, rară, pînă în prezent fiind descrise doar 100 de cazuri, ce se caracterizează clinic prin mișcări involuntare și stereotipice la față, trunchi și membre. Apare în copilărie sau adolescență. Evoluția este relativ lentă. Într-o fază mai avansată, pe lîngă tulburările de mai sus, bolnavii pot prezenta diferite fenomene psihice patologice (ecokinezie, coprolalie, ecolalie, etc.), precum și dorința de a profera obscenități. Etiologia este incertă : leziuni congenitale sau traumatice ale sistemului nervos central sau traumatisme psihice. Prognosticul este sever. Nu are tratament specific ; se pare că haloperidolul ar putea ameliora întrucîtva simptomele.

1. * * * *Medical and Scientific Digest*, 1972, nr. 46 B., p. 8.
2. Arieti S. (editor) : *American handbook of Psychiatry*, vol. I–II. Basic Books, 1959.
3. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry.*, Grove, 1961.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*, Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

GITZELMANN (boala lui) (1967) : **deficitul ereditar în galactokinază.**

Este o tulburare a metabolismului galactozei, descrisă în 1967 de către Gitzelmann și care se datorește unui deficit ereditar în galactokinază. Studiul activității galactokinazei în eritrocitele unor membri din diferite familii cu acest defect enzimatic, a arătat că acest deficit este transmis ca o genă autosomică recesivă.

1. Elsas L. J., Hillmann R. E., Patterson J. H., Rosenberg L. E. : *J. Clin. Investigation*, 1970, 49, 576.
2. Lestradet H. : *Vie médicale.*, 1973, 1, 51.
3. Melin K., Meenwisse G. W. : *Acta Paed. Scand.*, 1969, 19, supp. 188.
4. Rey J., Rey F., Schmitz J., Frézat J. : *Arch. fr. padiatr.*, 1971, 28, 1017.

Scanned with OKEN Scanner

GLANZMANN (sindromul lui) (1918): **trombastenia ereditară.**

Boală descrisă în 1918, trombastenia lui Glanzmann este o diateză hemoragică datorită tulburărilor funcționale plachetare (cel mai adesea, numărul plachetelor este normal). Sindromul clinic hemoragipar se datorește unui deficit de agregație plachetară, determinat la rîndul său de lipsa unui răspuns al membranei plachetelor la ADP. Afecțiunea este ereditară de tip dominant. Timpul de sîngerare și de coagulare este normal, însă retracția chiagului este defectuoasă. Semnul lacet-ului este pozitiv. Elasticitatea chiagului măsurată prin tromboelastografie este diminuată. Tabloul clinic este dominat, chiar din copilărie, de epistaxis, hemoragii cutanate și mucoase. În perioadele de exacerbare a hemoragiilor, apare anemia. În cazurile grave, prognosticul este rezervat. Boala se înrudește cu sindromul lui Jean Bernard-Soulier și al lui Willebrand.

1. Begemann H., Harwerth H. G.: *Praktische Hämatologie.* 2 Aufl. G. Thieme Stuttgart, 1951.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
3. Gasser C.: *Die hämolitischen Syndrome im Kindesalter.* G. Thieme, Stuttgart, 1951.
4. Glanzmann E.: *Jb. Kinderheilk.,* 1918, 88, 1.
5. Hardisty R. M., Dormandy K. M., Hutton R. A.: *Brit. J. Haemat.,* 1964, 10, 371.
6. Hardisty R. M., Dormandy K. M., Hutton R. A.: *Lancet,* 1967, 1, 983.
7. Weiss H. J.: *Amer. J. Med.,* 1967, 43, 570.

GLANZMANN (boala lui): **eritroblastopenia esențială a lui Glanzmann.**

Este o anemie foarte gravă fără nici un semn de regenerare a seriei roșii, rebelă la orice fel de tratament și care duce rapid la o evoluție fatală. Pe lîngă această formă, mai există și o eritroblastopenie acută benignă, care apare la copil, fiind determinată de către un medicament, o toxiinfecție, etc. și care se manifestă printr-o absență tranzitorie a reticulocitelor în sînge și printr-o eritroblastopenie în mielogramă. Se mai pot aminti și unele sindroame analoage întovărășite de malformații diverse de aspect mongoloid, cunoscute sub denumirea de sindromul lui

Scanned with OKEN Scanner

Benjamin și de sindromul lui Josephs-Blackfan-Diamond.

1. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique*, Masson C-ie, 1958.
2. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie*, 2 Aufl. G. Thieme Stuttgart, 1961.
3 Heilmeyer L. : *Internist* (Berlin), 1960, 1, 223.
4. Schon R., Tischendorf W. : *Klinischen Pathologie der Blutkrankheiten*, G. Thieme, Stuttgart, 1950.

GLANZMANN (boala lui) : **insuficiența imunitară congenitală datorită atingerii celulelor sușe (de origine). Boala lui Glanzmann-Reiniker (vezi).**

GLANZMANN-REINIKER (boala lui) : **agamaglobulinemia alimfocitară.**

Este o agamaglobulinemie alimfocitară sau limfocitoftizie descrisă de Glanzmann și Reiniker, în care există un deficit combinat de imunitate umorală și celulară cu hipoplazie timică și limfopenie. La sugari, alimfocitoza lui Glanzmann se manifestă foarte sever, boala avînd un prognostic infaust Orice diaree asemănătoare celiachiei, pneumoniile recidivante ce duc la bronșiectazie, otitele și sinusitele cronice se pot produce în urma unei lipse de anticorpi prin alimfopenie.

1. Ailaneau Cl. : *Les tentatives thérapeutiques dans l'alymphocytose congénitale.* Thèse de médecine, R. Vezin, Paris, 1967.
2. Booyse F. și colab. : *Brit. Heart. J.*, 1972, 3, 377.
3. Nezelof Ch. : *Arch. franc. Péd.*, 1968, 25, 781.
4. Seligmann M., Fudenberg H., Good R. A. : *Am. J. Med.*, 1968, 45, 817.

GLASER (sindromul lui) (1928) : **nevralgia facială atipică.**

Este un sindrom determinat de inflamația nervului facial și care se manifestă clinic prin dureri faciale unilaterale interesînd zona inervată. Durerile apar sub formă de crize și se întovărășesc de o serie de simptome simpatice ca : rinoree, sialoree, lăcrimare, tahicardie, etc. Boala are un prognostic favorabil. Tratamentul este cauzal și simptomatic.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes. Birth defects. Original Articles Series*, 1969, 5. 65.

Scanned with OKEN Scanner

3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology,* 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.

GLÉNARD (boala lui) (1886) : **enteroptoza ; gastro-enteroptoza ; splahnoptoza.**

Este o afecțiune caracterizată prin ptoza viscerelor (mai ales a stomacului și intestinului), însoțită sau nu de diferite simptome clinice. De obicei, tabloul clinic, cînd el există, se manifestă prin dureri surde în abdomen, senzația de compresiune în regiunea epigastrică, inapetență, eructații, constipație, ameteli, cefalee și palpitații. Aceste fenomene dispar în jurul după amiezii cînd bolnavul își face siesta în decubit dorsal. La examenul fizic al abdomenului, se constată o hipotonie a peretelui abdominal (abdomen de aluat), diastaza mușchilor drepți abdominali și abdomenul în desagă. Boala se întîlnește de obicei la femeile multipare, la indivizii care au fost grași și au slăbit ulterior rapid, precum și la tipul constituțional astenic.

1. Dousset H., Plard C. : *Vademecum encyclopédique du médecin praticien.* Edit. Maloine, Paris, 1970.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Mellinkoff S. M. (editor) : *Differential Diagnosis of Abdominal Pain.* Blakiston-Mc.Graw, 1959.

GLEY-VASSALI (sindromul lui) (1896) : **hipoparatiroidie cu tetanie.**

Este o afecțiune caracterizată printr-o insuficiență paratiroidiană ce se manifestă clinic prin hiperexcitabilitate neuro-musculară (tetanie), tulburări psihice și în formele cronice, cu tulburări ale dinților, unghiilor și pielii. Boala poate apare post-operator (paratiroidectomie, tiroidectomie) sau după diferite alte afecțiuni medicale: hemoragii, tuberculoză, sifilisul paratiroidelor și diferite degenerescențe. Există și o formă idiopatică. Tabloul clinic este caracterizat prin tetanie (excitabilitate neuromusculară) și mai ales în formele cronice, prin anxietate, alterații ale personalității, piele uscată, căderea genelor, un-

Scanned with OKEN Scanner

ghii subțiri și sfărîmicioase, dinții rău implantați, etc. Biologic : hipocalcemie, hiperfosforemie, hipocalciurie, fosfataza alcalină normală. Tratamentul constă din calciterapie, vitamina D_2 și paratohormon.

1. Blizzard R. M. și colab. : *Clin. and Exper. Immunol.*, 1966, 1, 119.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical sindromes.* New York, 1960.
3. Jones K. H., Fourman P. : *Lancet*, 1963, 2, 121.
4. Krane S. M. : *J.A.M.A.*, 1961, 178, 472.

GLINSKI-SIMMONDS-SHEEHAM (sindromul lui) : **panhipofizia adultului ; insuficiența hipofizară ; boala lui Simmonds (vezi).**

GLISSON (boala lui) (1650) : **rahitismul.**

Boala lui Glisson sau rahitismul este determinată de o carență de vitamina D. Această carență duce la o mineralizare defectuoasă a oaselor, care la adult se întovărășește de osteomalacie, iar la copil de rahitism. Carența de vitamina D este determinată la rîndul ei de un regim sărac în vitamine, de o expunere insuficientă a corpului la soare, de un dezechilibru mineral sau de diferite tulburări digestive, care împiedică absorbția de vitamina D. Boala apare la copii între 6—18 luni, foarte rar după vîrsta de 4 ani. Tabloul clinic se manifestă prin noduli osoși juxta-epifizari, mătănii costale, torace în carenă, craniu mare cu proeminența boselor frontale, cifoză, lordoză sau scolioză vertebrală, deformații ale membrelor, tulburări de dentiție, bazin strîmt, hipotonie musculară și deseori tetanie. Biologic se constată : creșterea fosfatazei alcaline în ser, diminuarea fosforului sanguin și a calciului, hipocalciurie. Prognostic bun. Tratamentul constă din administrare de vitamina D_2, calciu, tahysterol, etc.

1. Darby W. J. : *M. Clin. North America*, 1964, 48, 1 203.
2. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of metabolism.* ed. V, W. B. Saunders, 1964.
3. Jollife N. : *Clinical Nutrition.* 2nd, ed. Hoeber, 1962.
4. Wilson D. R. și colab. : *Medicine*, 1965, 44, 99.

GLOTZ (sindromul lui) (1864) : **chistul solitar neparazitar al ficatului.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o entitate nosologică cu etiologie obscură, caracterizată prin existența unui chist solitar neparazitar al ficatului. Se crede că acest chist ar fi determinat de proliferarea adenomatoasă a ectodermului în tractusul biliar. Tabloul clinic poate fi foarte șters: în general, bolnavii nu acuză nici un fel de simptome subiective, pînă în momentul complicațiilor (ruptură, suprainfecții, etc.). În rest, la examenul obiectiv se remarcă existența tuturor semnelor ce se găsesc în cursul unui chist hidatic al ficatului. Tratamentul este numai operator.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Schiff L.: *Diseases of the liver.* 2nd, ed. Lippincott, 1963.
4. Sherlock S.: *Diseases of the liver and biliary system,* 3rd, ed. Thomas.

GLUSHIEN (sindromul lui) (1953): **hipertensiunea arterială întovărășită de feocromocitom suprarenalian și neurofibromatoză.**

Este un sindrom care se caracterizează clinic prin existența concomitentă a unei hipertensiuni arteriale severe, determinată de obicei de un feocromocitom suprarenalian și o neurofibromatoză. Boala are caracter congenital. Are un prognostic foarte sever. Nu are tratament.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres,* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GODFRIED-PRICK-CAROL-PRAKKEN (sindromul lui): **neurofibromatoză și malformații cardiovasculare variabile.**

Este un sindrom clinic care asociază concomitent o neurofibromatoză Recklinghausen cu malformații cardiovasculare variabile, mongolism și oligofrenie.

1. Hsia D. Y. Y., Inouye T.: *Inborn errors of metabolism.* Part. 2, Year Book, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

2. McKusick V. A.: *Medical Genetics.* Pergamon, 1966.
3. Waismen H. A.: *M. Clin. North America,* 1966, 13, 469.

GODTFREDSEN (sindromul lui): **multiple paralizii ale nervilor cranieni.**

Este o afecţiune caracterizată prin multiple paralizii ale nervilor cranieni. Cei mai frecvent lezionaţi sînt nervii oculomotor, trigemen, hipoglosul şi glosofaringianul. De obicei, lezionarea acestor nervi survine în cursul tumorilor metastazate ale rinofaringelui. Tratamentul este chirurgical, roentgenterapic şi simptomatic. Prognostic sever.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology,* 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology,* 2nd, Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie,* Edit. Masson C-ie, 1971.
4. Wilson S. A. K.: *Neurology,* 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

GOLDBLATT (sindromul lui): **hipertensiunea arterială secundară unei ischemii renale.**

Sindromul lui Goldblatt este caracterizat printr-o hipertensiune arterială renală consecutivă unor anomalii vasculare sau a unor leziuni vasculare ale rinichiului. Această ischemie care duce la apariţia sindromului Goldblatt, se întîlneşte în diferite anomalii congenitale ale arterelor renale, în emboliile arterei renale, în compresiunea arterei renale printr-o tumoare, în ligatura unei ramuri a arterei renale şi în arterioscleroza arterei renale. Boala se datoreşte acţiunii angiotensinei, care creşte rezistenţa arteriolară. Sindromul a putut fi reprodus experimental prin pensarea, la animal, a arterei renale. Prognosticul este relativ bun. Tratamentul constă din nefrectomie dacă leziunea este unilaterală sau chirurgie vasculară plastică.

1. Goldblatt H.: *Circulation,* 1958, 17, 642.
2. Goldblatt H., Kahn J. R.: *Amer. Ass. Adv. Sci. Publ.,* 1940, 13, 266.
3. Goldblatt H., Lynch J., Hanzal R. F. şi colab.: *J. Exp. Med.,* 1934, 59, 347.
4. Reubi Fr.: *Néphrologie clinique.* Edit. Masson C-ie, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

GOLDBERG-MAXWELL (sindromul lui) (1948) : **pseudohermafroditismul masculin.**

Este un sindrom clinic caracterizat printr-un hermafroditism masculin, manifestîndu-se clinic prin aspect și comportament feminin, organe genitale rudimentare (vulvă și vagin) sau absente (vagin, uter). Se observă de asemenea o hipotrichoză și uneori o ectopie testiculară. Este o boală cu caracter ereditar familial. Pseudohermafroditismul masculin nu are în general, o cauză endocrină, decît numai în unele cazuri, în care există o tumoare ce produce oestrogeni. El ar putea fi, ca și hermafroditismul adevărat consecința unui „mozaic cromozomic" datorită existenței la același individ a celulelor cu cromozomi XX și XY. Tratamentul este hormonal. El nu aduce decît ameliorări ușoare.

1. Astwood E. B. : *Clinical Endocrinology*, I. Grune and Stratton, 1960.
2. Clarke C. A. : *Genetics for the Clinician*, 2nd, ed. Davis, 1964.
3. Danowski T. S. : *Clinical Endocrinology*, vol. I–II, Williams and Wilkins.
4. Williams R. H. : *Textbook of Endrocrinology*, 3rd, ed. W. B. Saunders, 1962.

GOLDENHAR (sindromul lui) (1952) : **dermoidul epibulbar ; apendicele pretragiene ; displazia oculoauriculară.**

Este o anomalie relativ frecventă caracterizată prin existența unui chist dermoid la nivelul limbului sau al unghiului extern al corneei. La examenul oftalmoscopic se observă o masă gălbuie care nu este transparentă ca conjunctiva și pe care există peri. Este un fel de fragment cutanat situat pe cornee. Sindromul acesta poate fi izolat sau întovărășit de sindromul arcului unu. Sindromul Goldenhar se poate asocia și cu sindromul Franceschetti (aplazia maxilarului inferior și a malarului, colobom palpebral, chist dermoid).

1. Payran P., Pouliquen Y., Faure J. P., Offret G. : *Rapp. à Soc. d'Ophtalm.* 1967, edit. Masson C-ie, Paris.
2. Popescu Elvira : *Oftalmologia*, Buc., 1972, 16, 2, 143–148.

Scanned with OKEN Scanner

3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.
4. Silna K. : *Klinika Oczna*, 1973, 43, 79–82.
5. Thomas G. I. : *La cornée*. Thomas edit. Springfield, 1955.

GOLDFLAM-ERB (sindromul lui) : **paralizia bulbară astenică ; miastenia pseudoparalitică ; miastenia gravă ; boala lui Erb-Goldflam** (vezi).

GOLDSCHEIDER (boala lui) : **epidermoliza buloasă.**

Epidermoliza buloasă este o dermatoză relativ rară, care se moștenește recesiv, excepțional dominant. Epidermoliza buloasă ereditară este o boală în care manifestările cutanate se combină cu îmbolnăviri ale organelor interne. În această boală, o presiune mecanică chiar de mică intensitate duce la formarea de bule, care după ce trec printr-un stadiu crustos și descuamativ se vindecă lăsînd o cicatrice. În epidermoliza buloasă ereditară distrofică, bulele își au sediul subepitelial, apar cicatrice după vindecare. Ca urmare a acestor cicatrice, se produc atrofii ale mîinilor și picioarelor, încît degetele apar ca împachetate într-un sac și nu pot fi mișcate. În afară de tegumente mai pot fi interesate și mucoasele bucală și esofagiană, ceea ce poate duce la deformări ale gurii și stenoze esofagiene. Această stenoză esofagiană poate duce la o stare de subalimentare, dar și la sîngerări care antrenează în cele din urmă o anemie. Nu are tratament specific. Prognosticul grav.

1. Bohnstedt R. M. : *Krankheitssymptome an der Haut in Beziehung zu Störungen anderer Organe*, 2 Aufl. Thieme, Stuttgart, 1965.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, ed. Maloine, 1956.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell Oxford, 1968.

GOLTZ (sindromul lui) (1962) : **hipoplazie dermică focală.**

Este o anomalie genetică cu transmisie dominantă legată de cromozomul X. Se caracterizează prin existența unor plaje de hipoplazie dermică, anomalii dentare, sindactilie și alte malformații

Scanned with OKEN Scanner

osoase. Limba poate fi hipoplazică, bifidă și cu frîu bucal. Face parte din grupul sindroamelor oro-facio-digitale.

1. Goltz R. W., Gorling R. J., Ravits H. G. : *Arch. of Dermat.*, 1962, 86, 708.
2. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, ed. N.Y., 1967.
3. Walbaum R., Samaille G., Dehaene Ph. : *Syndrome de Goltz chez un garçon.* Soc de Péd. de l'Est et du Nord, 8 nov. 1969.
4. Walbaum R., Maillard E., Donazzan M., Carboin M., Fontaine G. : *Lille Med.*, 1970, 15, 6, 917–930.

GOMBAULT-DÉJÉRINE (sindromul lui) : **nevrita interstițială hipertrofică ; boala lui Déjérine-Sottas (vezi).**

GONATAS-SUSUKI (boala lui) : **gangliosidoza cu G.M.$_1$, tip Gonatas și Susuki ; boala lui Landing (vezi).**

GOODPASTURE (sindromul lui) : **pneumonia hemoragică cu glomerulonefrită.**

Sindromul lui Goodpasture este o afecțiune caracterizată printr-o pneumonie hemoragică recurentă hemosiderozică asociată cu o glomerulonefrită proliferativă difuză acută. De cele mai multe ori, sînt afectați bărbații în jur de 20 ani. Tabloul clinic se caracterizează prin stare generală gravă, tuse, hemoptizii, dispnee și anemie severă. Sputele sînt hemoptoice și reprezintă simptomele cele mai importante. Urmarea lor este o anemie hipocromă severă și hiposideremie. Rinichiul este și el grav afectat prezentînd o glomerulonefrită proliferativă (hematurie, albuminurie, azotemie). Simptomele renale pot apărea de abia la cîteva săptămîni sau luni după instalarea simptomatologiei pulmonare. Etiopatogenia bolii este necunoscută. Este vorba probabil de o reacție antigen-anticorp ce se desfășoară la nivelul capilarelor. Anatomopatologic, vasele sanguine nu apar modificate. La examenul radiologic al pulmonului se observă uneori leziuni pulmonare miliare. Boala are o evoluție rapid fatală. Bolnavii mor prin uremie.

1. Allen A. C. : *The kidney.* Grune and Stratton, N.Y., 1951.

Scanned with OKEN Scanner

2. Bungert H. J. și colab. : *Klin. Wschr.*, 1971, 49, 23, 1 257–1 264.
3. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2*, Saunders, Phil., 1969.
4. Goodpasture E. W. : *Amer. J. Med. Sci.*, 1919, 158, 863.
5. Introp H. W. și colab. : *Mediz. Welt*, 1972, 32, 41, 1 409.
6. Portwich F., Encke A. : *Deutsch. Arch. Klin. Med.*, 1965, 210, 48.
7. Reubi F. : *Néphrologie clinique*, Masson C-ie, 1961.
8. Savre H., Sieberth H., Noltenius H. : *Deutsch. Med. Wschr.*, 1964, 89, 2 405.

GORHAM (boala lui) : **osteoliza masivă.**

Este o afecțiune rară, caracterizată printr-un proces de osteoliză masivă, care interesează mai ales clavicula, coastele, sternul, femurul, maxilarul și osul iliac. Boala este determinată de un proces de resorbție minerală și organică a osului, care se produce în urma acțiunii invadante a țesutului de granulație bogat vascularizat, apărută ca rezultat al unei reacții inflamatorii. Etiologia bolii este necunoscută. Din punct de vedere radiologic, boala se caracterizează prin dispariția imaginilor osoase în unele regiuni ale osului. Prognostic sever. Nu are tratament.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Exp. Sc. Franc., 1966, Paris.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GORDON (sindrom) : **gastroenteropatia exsudativă ; sindromul pierderii de proteine ; hipoproteinemia idiopatică.**

Boala este destul de rară ; poate apare și în copilărie. Se caracterizează printr-o pierdere masivă de proteine și îndeosebi albumine (serine) la nivelul tractusului gastrointestinal datorită dilatării spațiilor limfatice intestinale, polipozei, diverticulozei intestinului subțire sau printr-o poliadenomatoză a stomacului. Tabloul clinic se

Scanned with OKEN Scanner

caracterizează prin edeme carențiale, tetanie și uneori steatoree, astenie, pierdere în greutate, exsicoză, etc. Sindromul poate fi întîlnit și după unele afecțiuni cum ar fi: colita ulceroasă, enterita regională, limfogranulomatoza intestinală, boala lui Whipple (sindromul celiac), pericardita exsudativă și în boala lui Ménétrier (poliadenomatoza stomacului).

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F.: *Clinical Gastroenterology*, Thomas, 1960.
2. Badenoch J., Brooke B. N.: *Recent Advances in Gastroenterology*, Little Brown, 1965.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Jeffries G. H., Weser E., Sleisenger M. H.: *Gastroenterology*, 1964, 46, 434.

GORHAM-STOOR (boala lui) (1954): **osteoliza regională.**

Este o boală foarte rară, cu etiopatogenie necunoscută, ce se caracterizează printr-un proces intens de liză osoasă ce duce la dispariția progresivă și insidioasă a unui os. Se crede că boala ar fi favorizată de existența unor malformații congenitale (fistule arteriovenoase intraosoase). Radiologic, boala se manifestă prin focare de transparență osoasă centrală sau marginală, cu limite șterse sau nete, care traduc un proces de resorbție osteoclazic patologic. Evoluția este relativ lungă. Prognosticul sever. Nu are tratament.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
3. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie*. Flammarion, Paris, 1967.
4. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GOTTRON (boala lui): **acrogeria.**

Este o boală foarte rară ce se manifestă printr-o atrofie cutanată ce apare la naștere, de tip Pick-Hutchinson, predominentă la mîini și picioare, care par a fi descărnate. Această genodermatoză nu comportă tulburări de dezvoltare fizică și mintală. Boala are evoluție lentă, modificările existente la naștere se mențin tot cursul vieții, fără tendință la evoluție. De fapt, boala

Scanned with OKEN Scanner

n-ar fi decît forma abortivă a sindromului lui Werner (vezi).

1. Carteaud A. : *Senescence cutanée.* Le génie médical, 1970, nr. 267, 26.
2. Jablonska F., Segal A., Lukasiak P. : *Przegl. Derm.*, 1958, 8, 277.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous Medicine*, Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

GOTTRON (sindromul lui) : **papilomatoza carcinoidă a tegumentelor.**

Este o dermatoză care se aseamănă cu o formaţie tumorală blastomatoasă. Această neoformaţie blastomatoasă se dezvoltă pe fondul unor ulceraţii de lungă durată. La acest nivel, mai întîi se formează o hipertrofiere tisulară boselată, iar apoi aceasta suferă o transformare hiperkeratozică, cu şanţuri adînci şi depresiuni largi din care se scurge un puroi seros. Papilomatoza carcinoidă se poate transforma uneori în tumoare malignă.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V, Saunders, 1963.
2. Gottron Ch. A. : *Deutsch. med. Wschr.*, 1957, 761, 802, 815.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous Medicine*, Saunders, 1961.

GOTTRON-HUDELO (sindromul lui) : **eritrokeratodermia simetrică progresivă ; keratodermia eritematoasă în plăci diseminate Brocq-Dubreilh ; eritrodermia verucoasă în plăci simetrice progresive Darier (vezi).**

GOUGEROT (sindromul lui) : **tuberculoza sarcomatiformă ; sindromul Riehl-Paltauf (vezi).**

GOUGEROT (boala lui) (1951) : **boala trisimptomatică a lui Gougerot.**

Este o dermatoză din grupul purpurelor subacute secundare, ce poate apare în cursul bolilor infecţioase cronice (sifilis, tuberculoză, malarie), boli de sînge (leucemie, anemie pernicioasă), afecţiuni hepatice, avitaminoză (scorbut), după medicamente şi afecţiuni nervoase. Boala asociază în forma sa completă, pete eritematoase în cocardă, elemente purpurice şi noduli dermici foarte

Scanned with OKEN Scanner

duri. Se presupune a fi de origine alergică (capilarită alergică), de origine toxică sau infecțioasă. Unii cred că în geneza acestui sindrom ar putea fi incriminată și o deficiență în vitamina P.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
3. Gougerot Ch., Duperrat C., Mikol C.: *Bull. Soc. Franc. Dermato-Syph.*, 1951, 58, 386.
4. Longhin S., Antonescu Șt., Popescu A.: *Dermatologia.* Edit. Med. Buc., 1971.

GOUGEROT (sindromul lui): **parakeratoza strălucitoare.**

Este o dermatoză cu etiologie necunoscută care se manifestă clinic prin existența, pe partea superioară a trunchiului, de focare mici cu diametrul între 10—20 mm, de piele subțiată, cu aspect de hîrtie de țigară, colorată roz-brun sau opalescent și ușor mai ridicată decît tegumentele dimprejur. Se crede că boala ar fi o formă clinică benignă a papulomatozei confluente și reticulate, deoarece, de cele mai multe ori, ea se asociază cu asemenea elemente.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, 1956.
2. Ormsby P., Montgomery W.: *Diseases of the skin.*, 1954.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

GOUGEROT (boala lui): **lupusul miastenic; eritroedemul lui Milian.**

Este o dermatoză din grupul lupusului eritematos subacut caracterizat printr-un lupus subacut diseminat la care se asociază o astenie „quadriplegică" și dureri musculare. Gougerot crede că afecțiunea ar fi determinată de o tuberculoză a glandelor suprarenale; Degos și Lortat-Jacob, cred că boala n-ar fi decît o dermatomiozită.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin*, ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
3. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

GOUGEROT-BLUM (boala lui) (1925): **dermatita pigmentară lichenoidă; dermatita hemoragică pigmentară lichenoidă; purpura angioscleroasă pruriginoasă cu elemente lichenoide.**

Este o dermatoză cu etiologie necunoscută, descrisă în 1925. Se caracterizează prin existența pe tegumentele membrelor inferioare a unor elemente hemoragice dispuse simetric, alături de papule lichenoide și pete pigmentare hemosiderinice. Boala are o evoluție bună, iar starea generală se menține tot timpul excelentă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Kozlowski J., Lukasiak B.: *Przegl. Dermat.*, 1957, 1, 27.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M.: *A manual of cutaneous Medicine,* Saunders, 1961.

GOUGEROT-CARTEAUD (sindromul lui) (1928): **papilomatoza confluentă și reticulară; papilomatoza cutanată a lui Wishe-Sachs; eritro-keratodermia papilară și reticulată a lui Miescher.**

Este o dermatoză ce apare mai frecvent în copilărie și între 20—40 ani. Se prezintă clinic sub aspectul unor papule mici, plane, care nu se descuamează, se unesc în plăci sau se dispun sub formă de rețele. Ele au o culoare roșie-brună. Localizarea de predilecție este la nivelul trunchiului. Etiopatogenia bolii este neclară. Unii cred că tulburările glandei tiroide ar fi cauza acestei dermatoze. Alții socotesc că un rol important l-ar juca și deficiența vitaminei A. Întrucît aspectul leziunilor se aseamănă cu pseudoakantosis nigrans, Miescher subliniază caracterul eritematoinflamator al bolii. Tratamentul este simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin,* ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, 1956.
3. Gougerot Ch., Carteaud A.: *Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph.*, 1928, 35, 230.

GOUGEROT-ELIASCHEFF (sindromul lui) (1936): **cheilita nodulară; inflamația papuloasă a buzei.**

În 1936, Gougerot și Eliascheff descriu cheilita nodulară, afecțiune dermatologică caracterizată clinic prin existența la nivelul buzei inferioare a unui nodul unic, mic, dur și nedureros. Acesta

Scanned with OKEN Scanner

poate, de cele mai multe ori, dispărea spontan. Nu se știe etiologia acestei afecțiuni. Nu degenerează malign.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V, Saunders, 1963.
2. Gougerot Ch., Elischeff A. : *Arch. Derm. Syph.* (Paris), 1936, 8, 878.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

GOUGEROT-FAVRE-CHAIX (boala lui) (1921—1924): **dermita ocră a membrelor inferioare.**

Este o dermatoză care se manifestă clinic prin existența, pe tegumente, a unor pete sau rețele de culoare castanie închisă cu nuanță galbenă sau cianotică și numeroase ectazii ale vaselor mici (vene și capilare) și cu hemoragii punctiforme. Această pigmentare este determinată de o inflamație cronică a venelor mici și a capilarelor tegumentare. Micile hemoragii determină apariția pigmentului, care nu este de fapt decît un produs al metabolismului hemoglobinei. Ectazia varicoasă a venelor se datorește atrofiei cutanate concomitente.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, 1956.
2. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.
3. Touraine A. : *Bull. Soc. Franc. Derm. Syph.*, 1937, 44, 938.

GOUGEROT-HAILEY-HAILEY (boala lui) (1933): **pemfigus benign familial.**

Este o dermatoză buloasă, cu caracter familial, pe care majoritatea autorilor nu o consideră o entitate nosologică aparte ci o boală a lui Darier buloasă. Leziunile de pemfigus se localizează de obicei la gît. Boala are caracter benign, iar evoluția se face în pusee. Unii autori consideră că boala n-ar fi decît o apariție tardivă a nevului congenital epitelial. Clinic, boala se manifestă printr-o inflamație buloasă a pielii ce se localizează de obicei pe fețele laterale ale gîtului, în regiunea axilară și inguinală. Histopatologic, se remarcă o veziculă acantolitică intraepitelială și

Scanned with OKEN Scanner

semne de diskeratoză. Simptomul Nikolski este pozitiv. Etiologia bolii este necunoscută. Starea generală a bolnavului rămîne permanent bună. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Graciansky J., Boulle L.: *Atlas de dermatologie,* 1952.
3. Jablonska S., Chorzeleski V.: *Dermatologia* (Basel), 1958, 117, 24.

GOUGEROT-SJÖGREN (sindromul lui) (1933): **sindromul oculo-artro-salivar; sindromul lui Gougerot-Houwers-Sjögren.**

Este o boală autoimună care se manifestă clinic prin trei grupe de simptome. Manifestările clinice sînt determinate de o diminuare a secreţiei glandelor exocrine: kerato-conjunctivită, xerostomia, uscăciunea căilor respiratorii superioare; leziuni cutanate din cauza lipsei secreţiei sudorale, tulburări digestive, mai ales de deglutiţie, uscăciunea glandelor genitale. Dermatomiozita, poliartrita reumatoidă, sclerodermia, periarterita nodoasă şi lupusul eritematos alcătuiesc al doilea grup de simptome. Al treilea grup este constituit din atrofii musculare vasculare şi sindrom Raynaud. Din punct de vedere biologic se caracterizează prin anemie sideropenică cu leucopenie, eozinofilie şi limfocitoză. Electroforetic: hipergama şi alfa 2-globuline. Testul latexului este pozitiv 100%, Waaler-Rose 75%. Prezenţa de anticorpi antinucleari şi celule L.E.; anticorpi antitireoglobuline se întîlnesc în 30% din cazuri. Histopatologic se caracterizează prin infiltraţie limfo-plasmocitară la nivelul glandelor lacrimale, parotide, etc. Această invadare limfocitară ar pleda pentru etiologia imunitară a bolii.

1. Cifarelli P. S., Bennett M. J., Zeina E. C.: *Arch. Int. Med.,* 1966, 3, 429.
2. Escaude J. P., Degos R.: *Presse med.,* 1968, 76, 1 421–1 423.
3. Escaude J. P.: *Rev. Prat.,* 1969, XIX, 30, 4 365.
4. Escaude J. P.: *Nouv. Presse Méd.,* 1972, I, 785.
5. Popescu C., Medrea B., Schwartz M., Baciu Z.: *Presse Méd.,* 1961, 49, 2 197.

GOUGEROT-HOUWERS-SJÖGREN (sindromul lui): **sindromul oculo-artro-salivar: sindromul Gougerot-Sjögren (vezi).**

Scanned with OKEN Scanner

GOEMINNE (sindromul lui) : **keloide multiple, torticolis, criptorhidie şi displazie renală.**

În anul 1967, Goeminne descrie un sindrom caracterizat prin asocierea la un bolnav a unui torticolis congenital, keloide spontane ce apare la pubertate, o atrofie renală unilaterală, criptorhidie cu deficit al tubilor seminiferi. Transmisia bolii se pare că este legată de cromozomul X. În pedigreeul studiat s-a constatat că numai indivizii masculi erau atinşi. În acelaşi timp, s-a observat de asemenea că şi cîteva femei prezentau o simptomatologie foarte frustă.

1. Akesson H. O. : *Acta Genet. Med. Gen.*, 1965, 14, 200–204.
2. Becker P. E. : *Human Genetik.* Thieme Stuttgart, t. IV, 1964.
3. Demons F., Walbaum F. : *Lille Méd.*, 1972, t. XVII, Nr. 3, 447.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell Oxford, 1968.

GOURDON (sindromul lui) : **torticolis posttraumatic.**

Este un sindrom clinic ce se datoreşte unei luxaţii sau fracturi a apofizei odontoide. Se manifestă clinic printr-un torticolis. Tratamentul este chirurgical.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg. München-Berlin-Wien, 1966.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

GOYRAND (boală) : **fractura în burtă de furculiţă ; fractura Pouteau-Colles inversată.**

Este o formă pararticulară de fractură ce interesează extremitatea inferioară a radiusului, cu deplasarea fragmentului distal palmar şi extern, invers ca în fractura Pouteau-Colles. Este o varietate foarte rară de fractură. Se produce prin flexiunea excesivă a articulaţiei radio-carpiene sau în momentul unui traumatism al acestei regiuni. Tratamentul este ortopedic şi chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecţiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
4. Rădulescu A.: *Ortopedie chirurgicală*. Buc., 1939.

GOWERS (sindromul lui): **atacurile vago-vagale; echivalența epileptică.**

Este un sindrom ce se aseamănă din punct de vedere clinic cu epilepsia. Fără vreo stare prodromală, bolnavul simte dureri violente în regiunea epigastrică întovărășite de dispnee intensă, paloare, transpirații reci și senzația de moarte eminentă. Criza se anunță printr-o simptomatologie zgomotoasă și dramatică, însoțită de diaree și vărsături.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Med., Buc., 1967.

GOWER (boala lui) (1886): **spasmul săltător.**

Este o afecțiune neurologică ce se manifestă printr-un spasm săltător, survenit după o hemiplegie spastică infantilă.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

GOWERS (boala lui): **paraplegia cu ataxie.**

GRADENIGO (sindromul lui) (1904): **sindromul vîrfului stîncii; sindromul pietros; sindromul piramidei.**

Este un sindrom care asociază între ele simptome otitice cu o nevralgie de trigemen retrooculară fără tulburarea senzitivă a perechii a V-a și cu o paralizie a nervului rahidian VI. Afecțiunea este determinată de obicei de un focar infecțios, care se petrece la nivelul apexului pietros, datorită unei otite. Din cauza vecinătății lor cu vîrful stîncii, atît perechea VI de nervi cranieni cît și V sînt interesate în cursul proce-

Scanned with OKEN Scanner

sului infecțios, traumatic sau tumoral de la nivelul stîncii. În unele cazuri, apar anestezie și tulburări trofice în diferite zone ale feței, întovărășite de opacifierea și ramoliția corneei, herpesul corneei, căderea dinților, necroză și ulcerații ale mucoasei nazale și cavității bucale. Tratamentul constă din eradicarea focarului inflamator și tumoral de la nivelul stîncii, care a determinat acest complex simptomatic.

1. Guillot P., Saraux H., Sedan R. : *Exploration neuroradiologique en ophtalmologie*, Masson C-ie, 1966.
2. Hartwig H. : *Berich 3 Tagung Augenärzte*, 1959, Jena, 1950.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.
4. Voillez M., Tessier P. : *Bull. et Mem. Soc. Ophtalm. de France*, 1967, 578.

GRAM (sindromul lui) : **sindrom complex adiposo-artro-climacteric.**

Este un sindrom clinic care constă dintr-o asociere între o adipozitate dureroasă cu o artropatie simetrică a genunchilor, hipertensiunea arterială și keratodermie climacterică. Simptomatologia clinică este dominată de hipertensiunea arterială, dureri și adipozitate. Evoluția este lentă. Prognostic relativ bun.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.
2. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens*. Expans. Sci. Franc., Paris, 1966.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome*. Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GRANCHER (boala lui) (1883) : **splenopneumonia lui Grancher ; congestia pulmonară pseudopleuretică.**

Este o afecțiune pulmonară benignă, ce debutează acut, mai ales la bolnavii hiperergici cu antecedente apropiate de primoinfecție. Se manifestă clinic prin febră, tuse și junghi toracic. La examenul obiectiv, se constată submatitate, scăderea murmurului vezicular, discrete raluri crepitante și opacități radiologice. Boala se vindecă spontan în circa 3—4 săptămîni de la debutul ei. Tratamentul constă din antibiotice și medicamente antihistaminice.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.

Scanned with OKEN Scanner

2. Hinshaw H. C., Garland L. H.: *Diseases of the Chest.* 2nd, ed. Saunders, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

GRAVES (boala lui): **tireotoxicoza; guşa toxică; guşa exoftalmică; boala lui Parry; boala lui Basedow (vezi).**

GRAWITZ (boală): **tumoarea lui Grawitz.**

Este un epiteliom al rinichiului de tip hipernefrom, în care se observă celulele lui Grawitz. Celula lui Grawitz este un element mare, cu citoplasma clară datorită bogăţiei în lipide şi glicogen, constituind elementul celular fundamental din hipernefrom. Evoluţia ceva mai lentă decît celelalte tumori. Prognostic infaust.

1. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Sarre H.: *Nierenkrankheiten.* G. Thieme-Verlag, 1969.

GRAY (sindromul lui): **intoxicaţia cu cloramfenicol la copil.**

Afecţiunea ce se întîlneşte îndeosebi la copilul prematur, cunoscută sub denumirea de sindromul lui Gray, este determinată de administrarea de cloramfenicol. Sindromul se manifestă prin oboseală, hipotonie, tulburări respiratorii şi coloraţia cenuşie a tegumentelor. După întreruperea administrării de cloramfenicol, simptomele de mai sus dispar.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Editura Medicală, Buc., 1965.
2. Feingold D. S.: *New England J. Med.*, 1963, 269, 900.
3. Sweeney F. J.: *J. M. Clin. North America*, 1965, 49, 1 391.

GREENFIELD-SCHOLZ (boala lui): **leucodistrofia metacromatică infantilă tardivă.**

Este o boală cu caracter ereditar de tip recesiv autosomic sau recesiv legată de sex, care începe la vîrsta copilăriei, manifestîndu-se prin tulburări în mers. Boala se datoreşte unei lipoidoze sulfatidice. Cu timpul, forţa musculară scade complet pînă la paralizie totală. În acest timp,

Scanned with OKEN Scanner

reflexele proprioceptive devin din ce în ce mai slabe simulînd o poliradiculonevrită. Ataxia, tremurăturile, nistagmusul, contracturile clonice şi prăbuşirea psihică completează tabloul clinic al afecţiunii. Moartea survine după 3—8 ani, datorită unei paralizii bulbare. La necropsie se pun în evidenţă produşi metacromatici (sulfatide) în colecist, ficat, rinichi şi nervii periferici.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.

GREENFIELD-SCHOLZ (boală) : **neuromiozita fără manifestaţii cutanate.**

Este o boală a colagenului caracterizată printr-o atingere progresivă a muşchilor. Este o boală extrem de rară, întîlnită cu aceeaşi incidenţă atît la bărbat cît şi la femeie. Etiologia bolii este necunoscută. Lezionarea musculară este difuză sau localizată. Muşchii lezaţi sînt uşor dureroşi la palpare şi destul de fermi. În timpul puseelor evolutive, mişcările spontane pot fi foarte dureroase. Forţa musculară este diminuată. Interesarea muşchilor intercostali determină dispnee, aceea a muşchilor deglutiţiei, disfagie şi aceea a muşchilor oculari, diplopie. Electromiograma este anormală. La examenul electric, reacţiile galvanofaradice sînt calitativ normale ; la fel cronaxia. Boala evoluează în pusee ducînd la moarte prin maladii intercurente sau degenerare malignă. Nu are tratament specific. Corticoterapia poate ameliora temporar boala.

1. Brain R. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1960, 90, 904.
2. Dowben R. M. : *Arch. Intern. Med.*, 1961, 107, 430.
3. Wolter M. : *Dtsch. med. Wschr.*, 1965, 90, 2 108.

GREENWALD (boala lui) (1930) : **pentozuria esenţială.**

Pentozuria esenţială este un defect metabolic congenital rar întîlnit, determinat de lipsa xiluloz-reductazei, care conduce la excreţia de pentoze în urină şi pozitivitatea testului pentru evi-

Scanned with OKEN Scanner

denţierea corpilor reductori în urină. Boala este benignă şi asimptomatică. Se întîlneşte cel mai frecvent la evrei. Pentozuria este depistată cel mai adesea cu ocazia examenului medical pentru încheierea unui contract de asigurare pe viaţă şi este compatibilă cu o stare bună de sănătate şi o durată normală de viaţă.

1. Bozian R. C., Touster P. : *Nature*, 1959, 184, 463.
2. Burns J. J., Kaufer J. : *J. Amer. Chem. Soc.*, 1957, 79, 3 604.
3. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Edit. Medicală, Buc., 1966.
4. Hiatt H. H. : *Ann. Int. Med.*, 1960, 53, 372.
5. Lasker M. : *Human Biol.*, 1955, 27, 294.

GREGG (sindromul lui) (1941) : **sindromul malformativ al lui Gregg ; sindromul postrubeolic.**

Este un sindrom caracterizat prin prezenţa diferitelor malformaţii, care apar la copilul a cărui mamă a avut rubeolă în timpul graviditătii. Cea mai frecventă deficienţă este cea din partea organului auditiv : surditate. Posibilitatea malformativă a rubeolei este clasică. Din această cauză ea intră în cadrul maladiilor în care este permisă întreruperea sarcinii.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Sci. Franc., Paris, 1966.
3. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

GRASSET (sindromul lui) : **asocierea concomitentă a unui sindrom Millard-Gubler (vezi) cu sindromul Foville (vezi).**

GRÉGOIRE (boala lui) : **flebita albastră.**

Boala lui Grégoire sau flebita albastră se datoreşte trombozării venei cu integritatea absolută a arterelor. Uneori, nu se observă trombusuri şi în aceste cazuri, staza sanguină este determinată de un obstacol la nivelul venei iliace sau al venei cave inferioare. Flebita albastră apare şi atunci cînd se fac ligaturi pe marile vene. Tabloul clinic se caracterizează prin patru semne : durere, edem, abolirea pulsaţiei arteriale (spasm funcţio-

Scanned with OKEN Scanner

nal) și cianoză. Durerea este atroce și intensă în coapsă și gambă. Numai rareori lipsește. Colorarea membrului variază de la roșu la violet intens. Edemul lipsește la început.

1. Beretta A.: *Malattie dell'apparato circulatorio.* Ed. Minerva Medica, Torino, 1958, pp. 1 081–1 082.
2. Byrne J. J.: *J.A.M.A.*, 1960, 174, 113.
3. Estes J. E.: *Thrombophlebitis.* Thomas, 1964.
4. Wright I. S.: *Vascular Diseases in Clinical Practice*, 2nd, ed. Year-Book, 1952.

GRÉGOIRE (sindromul lui): **apoplexia intestinală cu simptome de infarct însă fără leziune vasculară; apoplexia seroasă și hemoragică a lui Grégoire și Couvelaire; sindromul lui Moulonguet (vezi).**

GRÉGOIRE-COUVELAIRE (sindromul lui): **infarctul intestino-mezenteric fără leziuni vasculare; apoplexia seroasă și hemoragică a lui Grégoire; sindromul lui Moulonguet (vezi).**

GREIG (sindromul lui) (1924): **hipertelorismul lui Greig; distrofia sfenoidului.**

Ca și boala lui Apert-Crouzon, acest sindrom face parte din grupul malformațiilor cranio-faciale, caracterizîndu-se prin distrofia sfenoidului, ca și boala lui Franceschetti (distrofia burgeonului mandibular) sau maladia lui Apert-Crouzon (distrofia burjeonului maxilarului superior). Boala are caracter ereditar cu transmisie autosomală dominantă cu penetrație neregulată.

1. Dechaume M.: *Précis de stomatologie.* Masson et C-ie, edit. Paris, 1962.
2. Gorlin R. J.: *Some facial syndromes.* Birth defects: Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65–76.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J.: *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, ed. New York, 1967.

GRIESINGER (boala lui): **anchilostomiaza; anemia minerilor; cloroza din Egipt; anemia muncitorilor de la St. Gothard.**

Este o boală provocată de un nematod, anchilostoma duodenală, caracterizată printr-o anemie cu eozinofilie, tulburări digestive și adesea edeme. Boala se întîlnește în Europa, Egipt, Asia și America. În perioada de invazie a bolii se poate observa un edem și un eritem al părților cutanate expuse la penetrația larvelor (mai ales la

Scanned with OKEN Scanner

picioare și spațiile interdigitale). În perioada de migrare, trecerea larvelor în pulmoni produce febră și tuse, determinînd apariția unor infiltrate asemănătoare sindromului lui Löffler. În perioada de fixare, bolnavii prezintă dureri abdominale, vărsături, diaree și anemie cu eozinofilie. Prognosticul este favorabil. Totuși boala la copil poate determina o întîrziere în dezvoltare. Tratament: tetracloretilen, timol, esență de chenopod, ditiazamină, etc.

1. Layrisse M. și colab: *Am. J. Hyg.*, 1964, 79, 279.
2. Salem H. H. și colab.: *J. Trop. Med.*, 1965, 68, 21.
3. Stoll N. R.: *Ann. New York Acad. Sci.* 1962, 98, 712.

GRISEL (boala lui) (1930): **torticolis de origine infecțioasă nasofaringiană; boala lui Bourgeois-Grisel; torticolis atlanto-axial; osteita subacută a atlasului.**

Boala lui Grisel face parte din grupul artropatiilor acute și subacute, caracterizîndu-se din punct de vedere patogenetic prin afectarea unei singure articulații. Este o spondilartrită unilaterală subacută între atlas și axis. Această afectare articulară determină apariția unui torticolis. Boala survine mai ales după un proces infecțios amigdalian sau după amigdalectomie. Propagarea infecției rinofaringiene s-ar face pe cale limfatică. Se observă mai frecvent la fetițe, între 6—10 ani. Afecțiunea mai poate fi observată în boala lui Bechterew și uneori, în endocardita lentă malignă. Tratamentul este antiinfecțios și simptomatic.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Nestor R.: *Diagnosticul bolilor reumatismale.* Edit. Medicală, Buc., 1972.
4. Rosenberg E. F. (editor): *M. Clin. North America*, 1965, 49, 1–300.
5. Thiery A., Bady B., Cucha J., Dumas R., Schott B., Mansuy L.: *Presse méd.*, 1970, 78, 1, 27.

GROENBLAD-STRANDBERG (sindromul lui) (1928): **pseudoxantomul elastic cu striuri angioide al**

Scanned with OKEN Scanner

retinei; elastorexia sistematizată Touraine; elastoza distrofică; sindromul Groenblad.

Este o facomatoză (afecțiuni malformative congenitale care interesează de obicei pielea și sistemul nervos, avînd adesea caracter ereditar) caracterizată prin striuri vasculare ale fundului de ochi, retinită, pseudoxantomul elastic localizat la pliurile de flexiune, tulburări cardiovasculare, icter, angor, hemoragii interne. La aceste simptome se asociază pseudoxantomul elastic al lui Darier (1896) și modificări ale pereților vasculari (hipertrofia membranei musculare, rupturi ale fibrelor elastice și chiar calcificări), care determină diminuarea lumenului vascular, absența pulsului la extremități și diminuarea undei pulsatile. Se observă uneori și tulburări din partea sistemului nervos central. De multe ori, simptomatologia clinică este destul de săracă, fapt ce determină nediagnosticarea, decît tardivă, a bolii. Nu se știe cu precizie cauza bolii.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Merritt H. H.: *A textbook of neurology,* 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Segal P., Sarnowska H., Helinski M.: *Pol. Tyg. lek.,* 1954, 9, 4.
4. Touraine A.: *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

GROENOUW I. (boala lui): **distrofia granuloasă a lui Groenouw; degenerescența granulară a corneei.**

Este o afecțiune oculară ce se caracterizează clinic prin existența unor pete albe situate în straturile superficiale ale țesutului propriu al corneei, în regiunea sa centrală. Aceste pete pot fi uneori sediul unor ulcerații epiteliale. Debutul bolii se face cam la vîrsta de 10 ani și opacitățile se măresc progresiv. În jurul vîrstei de 40 ani, corneea este foarte opacă. Puseele dureroase legate de ulcerațiile superficiale grăbesc evoluția. Boala se transmite în mod dominant. Boala evoluează treptat, la ambii ochi, ireversibil. Etiologia este necunoscută. Nu are tratament specific.

1. Campinchi R., Haye C.: *Bull. Soc. Ophtalm. France,* 1962, 4 bis.
2. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie,* 1969, Masson C-ie, Paris.

Scanned with OKEN Scanner

3. Thomas G. J. : *La cornée.* Ed. Thomas, Springfield, 1955.

GROENOUW II-FEHR (boala lui) : **distrofia pătată a corneei.**

Se aseamănă cu distrofia granuloasă (boala lui Groenouw I), de care se deosebeşte numai prin aceea că opacităţile corneene sînt mai difuze şi cuprind întreaga stromă. Boala apare încă din perioada neonatală în cazurile congenitale sau în prima copilărie, în jurul vîrstei de 10 ani. În mod excepţional, boala poate apare şi la adult. Transmisia bolii se face recesiv. Boala evoluează lent, în etape, ducînd la leziuni oculare bilaterale şi ireversibile. Etiologia este necunoscută. Nu are tratament.

1. Campinchi R., Haye C. : *Bull. Soc. Ophtalm. France,* 1962, nr. 4 bis.
2. Kozlowski B. : *Clin. Oczna,* 1935, 13, 551.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
4. Thomas G. J. : *La cornée.* Ed. Thomas, Springfield, 1955.

GROSS-WOLBACH (boala lui) : **hemangiomul sclerozant ; boala lui Arning-Lewandowsky** (vezi).

GRUBER (sindromul lui) (1895) : **disencefalia splahnochistică.**

Este o afecţiune congenitală cu etiologie necunoscută, care se caracterizează printr-o porencefalie (displazie cerebrală chistică) întovărăşită de leziuni polichistice în diferite organe (ficat, pancreas, rinichi). Indivizii atinşi de această afecţiune au o dezvoltare somato-psihică deficientă. Boala are prognostic sever. Nu are tratament.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, ed. New York, 1967.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects : Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65–76.
4. Gruber G. B. : *Beitr. path. Anat.,* 1934, 93, 459.

GRUBY-SABOURAUD (boala lui) : **tricofiţia.**

Este o infecţie persistentă, contagioasă şi cîteodată epidemică ce apare aproape exclusiv la co-

Scanned with OKEN Scanner

pii și dispare la pubertate, produsă de infecția pielii capului cu trichophyton. Boala se manifestă clinic prin zone de alopecie rotunde, cenușii, scuamoase, situate pe pielea capului. Această micoză a pielii capului poate să nu fie decelată la simpla inspecție și să devină vizibilă numai la lumina Wood, în care caz, părul are o fluorescență verde-aprinsă, care se extinde în jos pînă la folicul. Examenul microscopic sau culturile pe mediul Sabouraud, identifică ciuperca. Singura complicație a bolii este kerion celsi (o pustulă nodulară exsudativă) urmată uneori de cicatrice. Prognosticul este bun: micozele pielii capului sînt persistente, însă dispar de obicei la pubertate. Tratamentul constă din administrare de griseofulvină.

1. Graham J. H. și colab.: *Arch. Dermat.*, 1964, 89, 528.
2. Kligman M.: *Dermatology*, 1955, 71, 313.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

GRUMBACH (sindromul lui): **dispneea laringiană prin paralizia dilatației glotice.**

Este un sindrom determinat de o paralizie a dilatației glotice survenită în urma unei leziuni a bulbului, manifestată clinic prin dispnee. Această dispnee, moderată în repaus, devine foarte brutală și chinuitoare la cel mai mic efort.

1. Hegglin R.: *Die Differentialdiagnose der Dispnoe*. Triangel, 1961, 5, 130.
2. Regli T., Wiss F.: *Die Ursachen der Dyspnoe*. Praxis, 1954, 40, 514.
3. Rossier P. H., Buhlmann A., Wiesinger K.: *Physiologie und Pathophysiologie der Atmung*. Springer, Berlin, 1958.
4. Stuart-Harris C. H.: *Shortness of breath*. Brit. Med. J., 1964, I, 1 203.

GRUMBACH-BOURILLON-AUVERT (boala lui) (1954): **boala fibro-chistică a ficatului.**

Este o boală congenitală caracterizată printr-o degenerare fibro-chistică a ficatului. Boala trebuie diferențiată de maladia polichistică a ficatului și de chisturile multiple ale căilor biliare intrahepatice fără sau cu ciroză concomitentă. Simptomatologia clinică este destul de ștearsă: senzație de greutate în hipocondrul drept, hepatomegalie, suprafața ficatului cu numeroase no-

Scanned with OKEN Scanner

dozități elastice. Prognosticul este foarte sever. Tratamentul este inexistent.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Schiff L.: *Diseases of the liver,* 2nd, ed. Lippincott, 1963.
3. Sherlock S.: *Diseases of the liver and biliary system,* 3rd, ed. Thomas, 1963.

GRÜTZ-BÜRGER (boala lui) (1932): **lipoidoza pielii și a mucoaselor; hiperlipemia idiopatică sau esențială; xantomatoza esențială.**

Este o dislipoidoză cu fosfolipide ce se observă mai ales la copii pînă la vîrsta de 10 ani. Boala este determinată de o tulburare a metabolismului lipidic. Clinic, se manifestă prin xantoame multiple la față și extremități, adesea splenomegalie. În mielogramă, celulele reticuloendoteliale sînt infiltrate cu substanțe lipoidice. În serul sanguin se observă creșterea colesterolului și a grăsimilor neutre, ceea ce-i dă un aspect lăptos. În fracțiunile proteice serice se găsește o creștere a alfa 2 și beta-globulinelor. Copiii atinși de această boală prezintă o întîrziere fizică și mintală. Boala are caracter ereditar.

1. Anderson N. G., Fawcett B.: *Soc. Exper. Biol. and Medicine,* 1950, 74, 768.
2. Bigler J. A. și colab.: *Pediatrics,* 1959, 23, 644.
3. Buerger M., Grütz O.: *Arch. Derm. u. Syph.,* 1932, 166, 542.
4. Duncan G. G.: *Bolile metabolismului.* Edit. Medicală, București, 1966.
5. Hahn P. F.: *Science,* 1943, 98, 19.
6. Lever W. F., Smith P. A. J., Hurley N. A.: *J. Invest. Dermat.,* 1953, 22, 53.

GUAM (sindrom): **demența parkinsoniană.**

Demența parkinsoniană a fost identificată ca o entitate clinică în studiile aprofundate din scleroza amiotrofică laterală care apare foarte frecvent la populația Chamorro din Guam. Tabloul clinic se caracterizează printr-o demență parkinsoniană cu deteriorarea mintală globală și semne extrapiramidale, incluzînd bradikinezia și rigiditatea. Tremurăturile sînt mai rar întîlnite. Boala apare în decada a VI-a și duce la moarte în 3—5 ani. Histopatologic, atrofia cerebrală cu

Scanned with OKEN Scanner

pierdere de celule în substanța neagră (substantia nigra), locus ceruleus, substantia innominata și uneori, în globus pallidus. Boala apare numai în Guam și insulele Mariane și este de cauză necunoscută.

1. Brody Jacob, Chase Th., Gordon E. : *New England J. of Med.*, 1970, vol. 282, 17, p. 947.
2. Elizan T. S., Hirano A., Abrams B. M. : *Arch. Neurol.* (Chicago), 1966, 15, 35.

GUÉRIN-STERN (sindromul lui) (1880) : **sindromul artro-miodisplazic congenital ; anchiloza congenitală a articulațiilor.**

Este o afecțiune congenitală ce se caracterizează clinic prin amioplazie și multiple rigidități articulare. Asocierea acestui sindrom cu acela al lui Bonnevie-Ullrich, determină sindromul lui Rossi : ansamblu de malformații congenitale care cuprind : pterigium colli, întîrziere mintală, anomalii ale nervilor cranieni, malformații ale membrelor (luxație congenitală a coapselor, sindactilie), limfoedemul extremităților și anomalii de formă, ale craniului.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects : Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

GUÉRIN (boala lui) : **fractura orizontală bilaterală a maxilarului superior.**

Este o fractură întîlnită frecvent după traumatisme ale feței, care se caracterizează printr-o lipsă de contiguitate cu traiect orizontal în cele două părți ale maxilarului superior.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Medicală Welther, Sibiu, 1948.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Negus W., Thompson A. : *Diseases of the nose and throat,* London, 1948.

GUERVAIN (boală) : **tiroidita lui Guervain.**

Este forma cea mai comună de tiroidită descrisă în 1904 și 1936 sub denumirea de tiroidita

Scanned with OKEN Scanner

lui Guervain, tiroidita acută pseudotuberculoasă sau tiroidita cu celule gigante. Afecțiunea apare la orice vîrstă, însă este mai frecventă la femei. Histopatologic, afecțiunea se caracterizează prin procese inflamatorii subacute care determină o distrucție extensivă. Clinic, boala se traduce prin febră, puls tahicardic, leucocitoză, creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor, tumefierea glandei tiroide și dureri de-a lungul părților laterale ale gîtului. Boala poate retroceda spontan ; în caz contrar, corticoterapia aduce remisii imediate. Nu este indicată tiroidectomia.

1. Crile G. jr. : *Practical aspects of thyroid disease.* Philad. W. B. Saunders, 1949.
2. De Gennes L. : *Maladies des glandes endocrines.* Flammarion, Paris, 1949.
3. Klotz H. P. : *Les déséquilibres endocriniens.* Exp. Scient. Franc., 1966.
4. Lasser R. P. : *J.A.M.A.*, 1953, 152, 1 133.

GUILFORD-TENDLAU (sindromul lui) : **anhidroza, hipotricoza și anodontia ; anhidroza polidisplastică Touraine.**

Este o tulburare de origine ectodermică caracterizată clinic printr-o anhidroză completă și tulburări de reglare termică, hipotricoză a părților piloase ale tegumentelor și atricoza restului zonelor cutanate, diminuarea secreției sebacee, hipo sau anodontie, rinită atrofică, nas în șa, fruntea bombată, proeminența arcadelor sprîncenoase și ale bărbiei și alte defecte de dezvoltare. Boala are caracter familial și congenital. Există forme complete și incomplete. Pe lîngă tulburările de mai sus, indivizii au și o deficiență intelectuală foarte importantă.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
2. Fischer Z. : *Arch. Dermat. Syph.* (Berlin), 1944, 48, 6, 410.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects : Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

GUILLAIN-DE SÈZE-BLONDIN-WALTER (sindromul lui) (1934) : **paralizia profesională a nervului peroneu.**

Scanned with OKEN Scanner

Este un sindrom neurologic caracterizat prin paralizia nervului peroneu. Acest sindrom are un caracter profesional întrucît el se întîlneşte mai frecvent la indivizii care prin profesiunea lor, sînt nevoiţi a face compresiuni pe nervul peroneu. Astfel, această afecţiune este des întîlnită la unii muncitori agricoli (grădinari), vînzătorii de încălţăminte, manechine, etc. Prognosticul este bun.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
5. Şoflete A. : *Neurologia clinică*. Edit. Med. Buc., 1967.

GUILLAIN (sindromul lui) (1921) : **ataxia tabetică acută curabilă.**

Este un sindrom neurologic determinat de lezionarea cerebelului şi a regiunii olivo-ponto-cerebeloase, cu modificări la nivelul cordoanelor posterioare ale măduvei spinării. Boala se manifestă prin ataxie şi abolirea reflexelor osteotendinoase ale membrelor.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

GUILLAIN-ALAJOUANINE-MATHIEU (sindromul lui) (1924) : **sindromul de răspîntie subtalamică.**

Este un sindrom neurologic determinat de diferite lezionări ale hipotalamusului. Se manifestă clinic prin mişcări coreoatetozice, hemiataxie de tip cerebelos, hemihipoestezie şi hemianopsie discretă şi trecătoare. Bolnavii mai prezintă o hemipareză fără contractură şi fără semnul lui Babinski, mişcări involuntare coreoatetozice cu poziţie tipică în evantai a mîinilor şi tulburări de sensibilitate cu hipoestezie de o parte a corpului şi a simţului poziţiei. Din tabloul clinic face parte şi o hemianopsie temporală unilaterală, mai frecvent al unui cvadrant.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
4. Șoflete A. : *Neurologia clinică*. Edit. Medicală Buc., 1967.

GUILLAIN-BARRÉ (sindromul lui) (1916) : **poliradiculonevrita ; poliradiculita curabilă ; sindromul Guillain-Barré și Strohl.**

Este un sindrom neurologic caracterizat prin tulburări variate ale sensibilității și motricității, întovărășit de creșterea albuminelor în lichidul cefalo-rahidian, fără sporirea numărului de elemente. Boala are o etiologie necunoscută ; virus necunoscut neurotrop, agenți toxici (sulfamide) etc. Simptomatologia clinică se caracterizează prin paralizii flasce și simetrice ce debutează mai întîi la extremitățile inferioare, apoi la trunchi și extremitățile superioare. Adesea se observă și o paralizie facială. Concomitent se constată areflexie tendinoasă fără atrofii musculare și reacții electrice de degenerescență. Tulburările de sensibilitate se manifestă prin parestezii urmate de dureri de tip nevritic, în crize paroxistice. Se mai remarcă și alte simptome : anosmie, surditate, muște volante, etc. Se descriu 3 forme clinice : spinală, mezencefalică și mixtă. Prognosticul este în general favorabil. Se observă uneori însă și cazuri mortale și diferite sechele. Tratamentul este ca în polinevrite.

1. Davies A. G., Dingle H. R. : *J. of Neurology, Neurosurg., Psychiatr.*, 1972, 35, 2, 176.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Kipfer M. : *Conc. Méd.*, 1971, 93, 5 363.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, 1969.

GUILLAIN-GARCIN-PÉROU (sindromul lui) (1928) : **sindromul arterei cerebeloase superioare (obliterare totală).**

Este o afecțiune determinată de obliterarea completă a arterei cerebeloase superioare. Tabloul clinic se manifestă printr-un hemisindrom cerebelos homonim, tulburări senzitive de partea opusă și modificări coreoatetozice. La aces-

Scanned with OKEN Scanner

tea se adaugă o analgezie cu termoanestezie de partea opusă leziunii, prin faptul că artera irigă o parte din protuberanță, în care se găsește fasciculul spino-talamic posterior. Acest sindrom este extrem de rar.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.

GUILLAIN-STERN (sindromul lui) : **brahialgia.**

Este un sindrom neurologic caracterizat clinic prin dureri în teritoriul plexului brahial și o paralizie brahială inferioară de tip Déjérine-Klumpke. Sindromul este determinat de un proces infiltrativ și se întîlnește în cancerul apexului pulmonar (Pancoast-Tobias).

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

GUILLAIN-THOAN (sindromul lui) (1907) : **sindromul lui Guillain-Thoan.**

Este un sindrom neurologic caracterizat prin ataxie și parestezii ca în tabes, asociate cu ușoară contractură la membrele superioare și inferioare, tremor cerebelos și tulburări psihice moderate, amintind deseori paralizia generală progresivă, de care se diferențiază prin prezența constantă a modificărilor pupilare și a celor lichidiene. Procesul patologic care stă la baza acestui sindrom este o mielită difuză de origine luetică. Prognostic relativ sever. Tratamentul antiluetic poate ameliora afecțiunea.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

Scanned with OKEN Scanner

GULL (boala lui) : **hipotiroidismul.**

Hipotiroidismul sau boala lui Gull se caracterizează printr-un deficit al corpului de hormon tiroidian. Deoarece infiltrația apoasă a pielii și a altor țesuturi este un semn tipic de deficit hormonal tiroidian, acestei stări i s-a atribuit termenul de mixedem. Se deosebesc mai multe forme de hipotiroidism : hipotiroidismul congenital (deficitul hormonal este prezent la naștere și în perioada neonatală), hipotiroidismul juvenil (care apare în copilărie) și cretinismul, care este un sindrom specific ce apare sporadic sau endemic în zonele gușigene și se caracterizează printr-o întîrziere mintală și fizică și un facies specific. La adulți, boala apare mai ales la femei. Debutul este insidios. Boala se manifestă prin oboseală, dureri musculare, toleranță scăzută la frig, piele uscată, anorexie, constipație. Se mai observă de asemenea tulburări din partea aparatului respirator și cardiac, în lipsa leziunărilor structurale (dispnee, ortopnee, dureri precordiale). Biologic se remarcă : scăderea metabolismului bazal, diminuarea fixării tiroidiene a iodului radioactiv, diminuarea iodului proteic sanguin, creatinurie, anemie și diminuarea în ser a fosfatazei alcaline. Prognosticul este bun în formele atenuate și tratate precoce și defavorabil în atireoza totală. Tratamentul constă din administrare de hormon tiroidian.

1. Catz B., Russel S. : *Arch. Int. Med.*, 1961, 108, 407.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis*, 2, Saunders Comp., 1969.
3. De Groot L. J. : *New England J. Med.*, 1965, 272, 243.
4. Greenspan F. S. și colab. : *New England J. Med.*, 1963, 269, 830.

GUTHRIE-EMERY (sindromul lui) : **tumoarea cortico-suprarenală.**

În cadrul sindromului lui Guthrie-Emery intră toate tumorile cortico-suprarenale care determină perturbări ale secreției hormonale. Aceste sindroame nu sînt specifice și pot fi cauzate atît de către o tumoare cît și de o hiperplazie. În afară de tumoarea cu sediul în pelvis, simptomatologia clinică se manifestă prin tulburări menstruale și hirsutism, regresiunea sau inver-

Scanned with OKEN Scanner

sarea caracterelor sexuale primare și secundare cu alopecie, acnee și hipertrofia clitorisului. În urină, 17-cetosteroizii sînt crescuți. Aceste stări de defeminizare modifică și psihicul. Complicațiile care pot surveni sînt diabetul și obezitatea. Tratamentul este numai chirurgical. Evidențierea tumorii se face prin urografie intravenoasă, retropneumoperitoneu și ginecografie.

1. Behrman H. T.: *J.A.M.A.*, 1960, 172, 1924.
2. Forbes A. P.: *New England J. Med.*, 1965, 273, 602.
3. Greenblatt R.: *The hirsute female.* Thomas, 1963.
4. Segre E. J. și colab.: *Ann. Rev. Med.*, 1964, 15, 315.

GUTIEREZ-NORIEGO (sindromul lui) (1947): **tulburările psihice din alcoolismul cronic.**

Este un sindrom neuropsihic ce se întîlnește la alcoolicii cronici. Se manifestă clinic printr-o activitate intelectuală scăzută, tulburări afective manifeste, amnezie de fixare, indiferență și apatie, absența voinței, modificarea dispoziției, comportament asocial (irascibilitate, invidie, etc.) și diminuarea libidoului.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, Buc., 1967.
2. Moore R. A.: *Am. J. Psychiatr.*, 1966, 122, 748.
3. Ruprecht A. L.: *Postgrad. Med.*, 1962, 32, 56.
4. Tavel M. E.: *Arch. Int. Med.*, 1962, 109, 129.

GÜNTHER (boala lui): **polimiozita hemoglobinurică.**

Este o boală foarte rară, ce apare atît la bărbați cît și la femei în jurul vîrstei de 20—40 ani. Este o boală de colagen, caracterizată printr-o atingere progresivă a mușchilor și a pielii. Histopatologic, boala se caracterizează prin leziuni musculare în care striațiile fibrilare musculare dispar, iar între ele iau loc grupe de celule rău identificate. Clinic boala se traduce prin dureri moderate la palparea mușchilor lezionați. Forța musculară este diminuată. Interesarea mușchilor intercostali determină apariția dispneei, a celor faringieni, tulburări de deglutiție și a celor oculari, diplopie. Reacțiile electrice galvanice și faradice sînt normale. Electromiograma este de asemenea normală. În urină se găsesc cantități crescute de hemoglobină. Evoluția este relativ lentă. Prognostic sever. Trata-

Scanned with OKEN Scanner

mentul constă din administrare de corticosteroizi.

1. Everett M. A., Curtis A. C. : *Arch. Int. Med.*, 1957, 100, 70.
2. Pearson C. M. : *Ann. Int. Med.*, 1964, 59, 827.
3. Talbot J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases.* London, 1956.
4. Walton J. N., Adams R. D. : *Polymyositis.* Williams and Wilkins, 1958.
5. Williams R. C. jr. : *Ann. Int. Med.*, 1959, 50, 1 174.

GÜNTHER (boala lui) : **porfirinuria formă congenitală fotosensibilă ; porfirinuria eritropoietică.**

Este o boală determinată de o tulburare congenitală a metabolismului porfirinelor, caracterizată prin eliminarea în urină a uroporfirinei şi care dă, atunci cînd este abundentă, o coloraţie a acesteia roşie asemănătoare cu vinul de Bourgogne. Boala debutează în copilărie prin apariţia unei erupţii buloase şi veziculare pe suprafaţa de piele expusă la lumină. Erupţia ia ulterior aspectul unei sclerodermii ce poate duce la mutilări ale nasului, pavilionului urechii. În unele cazuri, la simptomele cutanate se adaugă diferite tulburări nervoase şi abdominale, hipertricoză, splenomegalie şi anemie hemolitică. În această formă se găseşte numai protoporfirina I, care dă culoarea roşie. Porfobilinogenul este absent. Boala evoluează în pusee. Tratamentul constă din protecţie contra luminii, splenectomie şi medicaţie simptomatică.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1965.
2. Martin W. J., Heck F. J. : *Am. J. Med.*, 1956, 20, 239.
3. Watson C. J. : *Advances Int. Med.*, 1954, 6, 235.
4. Watson C. J. : *New England J. Med.*, 1960, 263, 1 205.

GUTMANN (boala lui) (1923—1930) : **amiloidoza cutanată localizată ; sindromul lui Gutmann-Freudenthal.**

Amiloidoza cutanată localizată formează paturi de papule hemisferice şi adesea verucoase, confluente şi localizate la nivelul gambelor. Cînd

Scanned with OKEN Scanner

papulele sînt brune și keratozice simulează lichenul cornos și lichenificațiile. Aceste leziuni determină un prurit foarte intens. În scop diagnostic se întrebuințează proba cu roșu de Congo, care injectat intravenos dă in vivo, coloraţia amiloidului. Boala are evoluţie cronică și benignă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Gutowski W. : *Przegl. Derm.*, 1948, 3/4, 408.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* Ed. XI, Mosby, 1956.

GUYON (boala lui) : **carcinoza prostato-pelviană a lui Guyon.**

Este o afecţiune caracterizată prin infiltrarea și difuzarea cancerului de prostată în afara lojii prostatice și prinderea ţesutului conjunctiv capsular și a pediculilor vasculari. Această infiltrare se poate propaga pînă la incizurile sciatice.

1. Colby F. H. : *Essential Urology*, Ed. IV-a, Williams and Wilkins, 1961.
2. Mellinger G. T. : *S. Clin. North America*, 1965, 45, 1 413.
3. Pool T. L., Thompson G. J. : *J.A.M.A.*, 1956, 160, 833.
4. Whitmore W. F. jr. : *Cancer*, 1963, 16, 1 119.

Scanned with OKEN Scanner

H

HAAB (boala lui) (1885): **distrofia atrofică şi pigmentară a retinei; degenerescenţa maculo-coroidiană senilă.**

Este o formă clinică de degenerescenţă maculară senilă, care se manifestă clinic prin diminuarea acuităţii vizuale, opacifierea cristalinului şi matomorfopsii. În plus, se mai pot observa un scotom central, discromatopsie cu axa galben-albastră şi o degenerescenţă a conurilor din maculă. La oftalmoscop, se găseşte un discret edem şi o remaniere pigmentară care-i dă maculei aspectul de: sare şi piper. Pe lîngă acestea, se mai întîlnesc: lacune de capilaroză, hemoragii, etc. Evoluţia este lentă însă progresivă spre pierderea vederii. Tratament: vitamine, biostimulatorii, etc.

1. Ballantyne A., Michoelson J.: *Textbook of the fundus of the eye.* Livingstone-Edimbourg and London, 1962.
2. Marsol C., Bouchot J.: *Arch. Ophtalm.*, 1967, 27, 4, 387.
3. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, Paris, 1969.

HAAB (boala lui) (1899) : **opacifierea în bandeletă.** **Este o afecțiune oculară ce se întîlnește frecvent în cursul evoluției unei hidroftalmii. Se caracterizează printr-o ruptură a membranei lui Descemet.**

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology.* Ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Berens C. : *The eye and its diseases.* W. B. Saunders, 1950.
3. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology,* 2nd, Ed. Saunders.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

HAAB (boala lui) (1888) : **atrofia traumatică oculară.**

Este o boală oculară de origine traumatică (evoluția nefavorabilă a edemului macular al lui Berlin) sau în urma unui traumatism electric. Se caracterizează histopatologic prin prezența unor focare mici și albe, atrofice și aglomerare mare de pigment în macula. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin lipsa reflexului macular și acumulări mici de pigment.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology.* Ed. 7, Saunders, 1962.
2. Allen J. H. : *May's Manual of Diseases of the Eye.* 23 ed. Williams and Wilkins, 1963.
3. Berens C. : *The eye and its diseases.* W. B. Saunders, 1950.
4. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology,* 2nd, Ed. Saunders, 1962.
5. Vaughan D., Cook R., Asbury T. : *General Ophtalmology,* ed. 4-a, Lange, 1965.

HAAB-DIMMER (boala lui) : **distrofia în grilaj a corneei.**

Este o boală cu mod de transmitere ereditar dominant, ce are o apariție tardivă (după vîrsta de 20 ani). Din punct de vedere clinic, se constată opacități lineare, translucide în parenchim, care se întrețes în toate părțile. Acestea pot fi sediul unor ulcerații ale corneei. De altfel, acestea pot fi uneori și primul semn de boală. Cu timpul, aceste opacități invadează straturile posterioare ale stromei.

Scanned with OKEN Scanner

1. Campinchi R., Hage C.: *Bull. Soc. Ophtalm. France*, 1962, 4 bis.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Saraux H., *Biais B.: Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, Paris, 1969.
4. Thomas G. I.: *La cornée.* Ed. Thomas, Springfield, 1955.

HAAS (boală): **epifizita lui Haas.**

Epifizita reprezintă o boală de creştere determinată de tulburări metabolice şi evolutive la nivelul epifizei. Epifizita lui Haas reprezintă o epifizită a capului humeral. Tratamentul este general şi ortopedic-chirurgical.

1. Collins D. H.: *The pathology of articular and spinal diseases.* Arnold, 1949.
2. Cosăcescu A.: *Afecţiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
3. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Sci. Franc., Paris, 1966.
4. Rosenberg E. F.: *Med. Clin. North America*, 1965, 48, 1.

HABIB (sindromul lui) (1937): **xantomul solitar al osului.**

Sindromul lui Habib face parte din grupul dislipoidozelor colesterolice sau xantomatozelor, afecţiuni ce se caracterizează printr-o depunere de lipide în ţesuturi. Sindromul este o xantomatoză osoasă localizată mai ales la extremităţile osoase ale articulaţiilor cotului, genunchiului, sacro-iliace, etc. Din punct de vedere etiopatogenic, afecţiunea este determinată de o tulburare a metabolismului lipidic. Evoluţie lentă. Nu are tratament specific.

1. Collins D. H.: *The Pathology of articular and Spinal Diseases.* Arnold, 1942.
2. Cosăcescu A.: *Afecţiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
3. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
4. Rosenberg E. F.: *Med. Clin. North America*, 1965, 49, 1.

HADEN (sindromul lui) (1947): **icterul hemolitic congenital fără sferocitoză; anemia microcitară ereditară.**

Scanned with OKEN Scanner

Boala face parte din grupul anemiilor hemolitice, forma atipică. Este o anemie hemolitică ereditară și nesferocitară cu macrocitoză marcată, hemoglobinemie și rezistență globulară scăzută. Tabloul clinic este asemănător grupului de anemii hemolitice: icter, anemie și splenomegalie.

1. Dyke S. C., Young F.: *Lancet*, 1938/II.
2. Haden R.: *Amer. J. Med.*, 1947, 214, 255.
3. Rundles W. R., Falss F. H.: *J. Amer. Med. Sci.*, 1946, 211.
4. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Philad., 1961, Lea and Febiger.

HAENEL (sindromul lui) (1890): **atrofia musculară progresivă.**

Este o formă clinică a atrofiei musculare progresive. Se manifestă clinic printr-o atrofie musculară a extremităților superioare întovărășită de dureri, parestezii și paralizia mușchilor sub influența frigului. Este o boală cu caracter familial; apare în copilărie sau mai tîrziu și este mai frecventă la bărbat decît la femeie. Histopatologic se caracterizează prin degenerescența cordoanelor posterioare ale măduvei, atrofia celulelor coloanei lui Clarke, din coarnele anterioare și rădăcinile anterioare ale nervilor periferici. Atrofia musculară este secundară leziunilor nervoase. Evoluția este lentă. Nu are tratament specific.

1. Bonsett C. A.: *Neurology*, 1963, 13, 728.
2. Dowben R. M.: *Texas Rep. Biol. and Med.*, 1965, 22, 849.
3. Dowben R. M.: *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 430.
4. Struppler A.: *Myopathien*, Stuttgart, G. Thieme, 1965.
5. Zundel W. S., Tyler F. H.: *New Engl. J. Med.*, 1965, 273, 537.

HAFF (boala din Haff): **mioglobinuria din Haff.**

În afară de mioglobinuria traumatică din cadrul sindromului lui Bywaters (crush syndrome), mai există o mioglobinurie, care s-a observat la locuitorii din Kaliningrad (Koenigsberg), după ingestia de pește pescuit în Haff. Se crede că acești pești ar fi intoxicați cu acizi rășinoși proveniți de la fabricile de hîrtie. În afară de

Scanned with OKEN Scanner

mioglobinurie, indivizii atinși de această boală, nu prezintă nici un alt simptom clinic sau hematologic.

1. Begemann H., Harwerth H. G.: *Praktische Hämatologie*, 2 Aufl., G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M.: *Hématologie clinique*, Masson C-ie, 1958.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum Clinique*. Edit. Masson C-ie, Paris.

HAGEMAN (sindromul lui): **lipsa factorului lui Hageman (factorul XII).**

Sindromul Hageman este o tulburare ereditară a coagulării, determinată de absența factorului XII de coagulare (factorul lui Hageman). Este o afecțiune latentă, nehemoragică, depistată de cele mai multe ori în laborator. Timpul de sîngerare este prelungit, semnul lacet-ului este pozitiv, iar timpul de coagulare și de retracția chiagului sînt normale.

1. Aggeler P. M. și colab.: *Am. J. Med.*, 1961, 30, 84.
2. Biggs R., MacFarlane R. G.: *Brit. J. Haemat.*, 1958, 4, 1–27.
3. Ratnoff O. D.: *Bleeding Syndromes: A clinical manual.*, Thomas, 1960.
4. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Ed. V-a, Lea and Febiger, 1961.

HAGLUND (boala lui) (1907): **apofizita calcaneului; osteocondrita calcaneeană; exostoza lui Haglund.**

Este o boală osteo-articulară, ce apare mai frecvent la copii în jurul vîrstei de 8—14 ani și fizioterapic și chirurgical.

mentarea apofizei calcaneului. Tratamentul este fierea structurii osoase, și uneori, chiar fragroasă la palpare, a cărei suprafață tegumentară suprajacentă este hiperemiată. Leziunea seamăcare este determinată de purtarea unei încălțăneului. La nivelul marginii superioare a tuberonă cu o necroză aseptică. Examenul radiografic zității calcaneului apare o îngroșare dură, dureminte necorespunzătoare. Aceasta produce o rearată alungirea tuberozității calcaneului cu rareacție periostică și osificarea ulterioară a calca-

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Willes L.: *Essential of orthopedy,* London, 1949.

HAGUENAU-BARSONY-POLGAR (boala lui): **osteoza iliacă condensantă; boala lui Sicard-Gally** (vezi).

HAKURI (boală): **pseudoholera infantilă.**

Sub această denumire (Hakuri) se descrie în Japonia o toxicoză acută la copil, probabil de natură virală, care se manifestă prin scaune albe asemănătoare laptelui.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, București, 1965.

HAILEY-HAILEY (sindromul lui): **pemfigus cronic benign; sindromul lui Gougerot-Hailey-Hailey.**

Este o afecțiune dermatologică rară, de etiologie necunoscută, care se manifestă clinic prin bule dispuse în pachete sau buchete, mai întîi la nivelul membrelor, iar mai apoi acestea se întind și pe trunchi. Leziunile devin rapid erozive. La examenul histopatologic se constată aspectul caracteristic de rupere a punților intercelulare din epiderm (acantoliză). Viteza de sedimentare a eritrocitelor este crescută, iar în sînge, se remarcă o leucocitoză cu eozinofile. Odată cu progresiunea bolii, se constată o scădere a proteinelor serice și o eozinofilie. Se pot observa infecții secundare care duc la debilitarea organismului. Prognosticul relativ bun, în comparație cu pemfigusul comun care este o boală fatală în 2 luni — 5 ani. Tratamentul constă în medicație simptomatică și corticoterapie.

1. Beutner E. H. și colab.: *J.A.M.A.,* 1965, 192, 682.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, Ed. Paris, 1956.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman W. B.: *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Sanders S. L., Nelson C. T.: *Med. Clin. North America,* 1965, 49, 681.

HALBAN (boala lui): **sarcina falsă.**

Este un sindrom clinic foarte rar care se manifestă la femeia negravidă prin toate sem-

nele de sarcină de probabilitate și prezumptive (grețuri, vărsături, pigmentație, amenoree). Aceste fenomene sînt determinate de persistența unui corp galben chistic, care la palpare, poate chiar simula o sarcină extrauterină.

1. Brown L. B.: *Brit. J. Med. Psychol.*, 1964, 37, 47.
2. Gretz H. F., Higgins P. C.: *Obst. and Gynec.*, 1965, 25, 880.
3. Martius H.: *Lehrbuch der Gynekologie.* Stuttgart, 1956.
4. Zelenik J. S.: *Obst. and Gynec.*, 1964, 23, 810.

HALBRECHT (boala lui) (1946): **icterul noului născut.**

Este un sindrom hiperbilirubinemic caracterizat clinic prin apariția la noul născut a unui ictер benign, destul de precoce (în primele 24 ore) și foarte intens, care ulterior dispare. Se deosebește de icterul fiziologic, care apare mult mai tardiv. Această afecțiune este determinată de o incompatibilitate în sistemul ABO dintre mamă și făt. Prognosticul este bun. Nu are nici un fel de tratament.

1. Lester R., Schmid R.: *New England J. Med.*, 1964, 270, 779.
2. Reinhold J. G.: *Clin. Chem.*, 1955, 1, 351.
3. Sherlock S.: *Brit. Med. J.*, 1962, 1, 1 359.
4. Zimmerman H. J., West M.: *Amer. J. Gastroenterol.*, 1963, 40, 387.

HALLERMANN-STREIFF-FRANÇOIS (sindromul lui) (1948—1950): **microftalmie, cataractă și agenezia maxilarului inferior.**

Este o maladie cu etiologie neclară, care, în afară de o cataractă congenitală se întovărășește de malformații multiple: buză de iepure, aplazia maxilarului, oxicefalie, anomalii digitale. Pe lîngă aceste anomalii, sindromul de mai sus se mai întovărășește de malformații mai generale cum ar fi nasul de papagal, anomalii dentare, nanism, microftalmie și hipotrichoză.

1. François J.: *Les cataractes congenitales.* Masson C-ie, Paris, 1959.
2. François J. et colab.: *Bull. et Mem. Soc. Ophtalm. France*, 1967, 475, 487.
3. Nordmann J.: *Biologie du cristallin.* Masson C-ie, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

HALLERVORDEN-SPATZ (sindromul lui) : **degenerarea progresivă a globului palid.**

Este o afecțiune neurologică ce se caracterizează printr-o degenerare progresivă a globului palid, datorită încărcării acestuia cu depozite mari de pigment de culoare galbenă-verzuie, de formă rotundă sau ovalară, foarte siderofile. La acest nivel, celulele nervoase sînt rărite și se produce o proliferare glială. La baza întregului proces patologic n-ar fi decît intense tulburări metabolice. Este o boală familială extrapiramidală care debutează în copilărie. Boala interesează mai întîi membrele inferioare (mers spastic), apoi membrele superioare și la urmă capul. Vorbirea este din ce în ce mai greu articulată, apar concomitent tulburări psihice și mișcări involuntare. Nu se observă semne piramidale. Evoluția bolii este lentă, de 10—15 ani. Tratamentul este numai simptomatic. Moartea survine prin afecțiuni intercurente.

1. Brain R. : *Clinical Neurology,* Ed. II-a, Oxford, 1964.
2. Geisler W. P., Jousse A. T. : *Canad M.A.J.,* 1963, 88, 189.
3. Schumacher G. : *New England J. Med.,* 1960, 262, 969.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

HALLOPEAU (boala lui) (1889) : **acrodermatita continuă a lui Hallopeau.**

Este o dermatoză veziculară rău definită, caracterizată prin producția continuă, la nivelul falangelor ungheale, a unor vezicule, pustule sau flictene pe o suprafață roșie și adesea descuamată. Ruptura veziculelor lasă în urmă un epiderm subțiat și roșu, acoperit de cruste sau scuame. Unghia care este mai mult sau mai puțin alterată poate să cadă. Tulburările senzitive sînt variate. Erupția are o evoluție îndelungată, rebelă la orice tratament, în afară de radioterapie și infiltrația novocainică periarterială humerală și pe ganglionul stelar.

1. Abrahams J., McCarthy J. J., Sauders S. L. : *Arch. Dermat.,* 1963, 87, 96.

Scanned with OKEN Scanner

2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
3. Suchane K. J. : *Przegl. Derm. Wener.*, 1951, 2, 165.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI, Mosby, 1956.

HALLOPEAU (boala lui) (1889) : **piodermita vegetantă a lui Hallopeau.**

Este o dermatoză din grupul piodermitelor vegetante şi verucoase, care se caracterizează clinic prin apariţia unor dermite vegetante, de aspect sifiloid, cu sediul la nivelul pliurilor interfesiere sau axilare sau în jurul orificiilor, dînd loc la o sîngerare (supurare fetidă). Leziunile în această formă de piodermită pot lua o extindere mare simulînd pemfigus vegetant cu aspect cerebroid de la nivelul pielii capului. Tratamentul eficace constă în distrugerea mugurilor cărnoşi cu nitrat de argint.

1. Degos R., Carteaud P. : *Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph.*, 1952, 59, 246.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
3. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, 1952.
4. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine*. Saunders, 1961.
5. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, Ed. XI, Mosby, 1956.

HALLOPEAU (sindromul lui) (1887) : **lichenul plan şi scleros ; lichenul alb ; dermatita Zumbusch ; lichenoidul cronic şi atrofic Csillag.**

Este o dermatoză cu etiologie necunoscută, descrisă în 1887 de către Hallopeau, care nu reprezintă de fapt decît o formă clinică atrofică sau scleroasă a lichenului roşu plan. Tabloul clinic se manifestă prin prezenţa în partea proximală a trunchiului, pe extremităţile superioare, precum şi la nivelul orificiului anal şi al organelor genitale de noduli izolaţi sau în grămezi, care uneori, prezintă o tijă cornoasă cu o depresiune în vîrf. După o perioadă de timp, în aceste zone rămîn focare mici atrofice, sub forma unor cicatrice plisate.

Scanned with OKEN Scanner

1. Cowan M. A. : *Arch. Dermat.*, 1964, 89, 562.
2. Jablonska S., Bubnow B., Lukasisk B. : *Dermat. Wschr.*, 1957, 45, 1 210.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Shaffer B., Beerman H. : *Arch. Dermat.*, 1951, 64, 340.

HALLOPEAU-BESNIER (boala lui) : **micoza de formă eritrodermică.**

Este o formă clinică de micoză, foarte rară, care debutează printr-o eritrodermie întinsă, fără caractere specifice, cu prurit intens și chinuitor și cu adenopatie satelită. Evoluția bolii este lentă. Diagnosticul se pune pe baza examenului histopatologic.

1. Knox J. M., Richardson J. B., Mantes L. F. : *Indust. Med.*, 1964, 33, 813.
2. Miennicki M. : *Pregl. Dermat.*, 1929, 24, 189.
3. Sulzberger M. B., Baer R. L. : *Year Book of Dermatology and Syphililogy*, Year Book, 1954–1955.
4. Wilson J. W. : *Clinical and immunologic aspects of fungous diseases.*, Thomas, 1957.

HALLOPEAU-LEREDDE-DARIER (boala lui) : **adenoame sebacee simetrice ; sindromul lui Pringle; sindromul lui Balzer-Ménétrier (1885) ; adenoamele simetrice ale feței cu predominență sebacee.**

Este o varietate clinică de adenom sebaceu, care din cauza intensei proliferări a țesutului conjunctiv din jurul focarelor, devine dur. Împreună cu sindromul lui Pringle și al lui Balzer-Ménétrier, boala se încadrează în complexul simptomatic al lui Bourneville (afecțiune ereditară și familială din grupul facomatozelor).

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
3. Pawlowski St. : *Prezgl. Dermat.*, 1955, 1, 15.
4. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.

HALLOPEAU-VILLARET (boală) : **eritemul cronic.**

Este o dermatoză cronică, deosebită de eritemul polimorf sau multiform, care se manifestă

Scanned with OKEN Scanner

clinic prin leziuni cutanate eritematoase, simetrice și cu caracter recidivant. Leziunile cutanate pot îmbrăca aspectul histologic de macule, papule, papule urticariene, bule sau simple pete purpurice. Se localizează electiv pe fețele de extensie și numai uneori pe palme, plante și mucoase. În antecedentele bolnavilor se găsesc aproape totdeauna erupții herpetice repetate, alergii medicamentoase, infecții sau boli generale. Boala are, spre deosebire de eritemul polimorf, o evoluție cronică. Prognosticul quoad vitam bun. Tratamentul depinde de cauza care a determinat apariția bolii; la acesta se adaugă și terapeutica simptomatică.

1. Bloom A., Lovel T. W. I.: *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1964, 57, 175.
2. Brought J.: *Arch. Dermat.*, 1957, 4, 32.
3. Shelley W. B.: *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 54.
4. Shklar G.: *Arch. Dermat.*, 1965, 92, 495.

HALSTED (sindromul lui) (1921): **sindromul brațului mare.**

Sindromul lui Halsted sau sindromul brațului mare se manifestă clinic prin existența unor edeme importante la nivelul membrului superior de partea unde s-a efectuat amputația largă a sînului. Edemele sînt refractare la orice terapeutică. Sînt determinate de compresiunile limfaticelor produse în urma fibrozării părților moi rămase după amputația chirurgicală a sînului.

1. Delarue N. C.: *Surg. Gynec. and obstetr.*, 1964, 118, 133.
2. Kennedy B. J.: *Am. J. Surg.*, 1963, 106, 413.
3. Martius H.: *Lehrbuch der Gynekologie*, Stuttgart, 1956.
4. Wright H. K.: *Arch. Surg.*, 1962, 85, 1 021.

HAMBOURG (boala lui): **enterita acută necrozantă.**

Este o inflamație acută a mucoasei intestinale determinată de o infecție cu diferiți germeni patogeni, care se manifestă prin stare generală gravă, hipertermie, hipotensiune și diaree. Prognosticul este foarte grav. La examenul histopatologic se găsește o necroză a epiteliului intestinal. Tratamentul este simptomatic și antiinfecțios.

1. Testas P., Wyplosz J., Vivier J., Chanzy M.: *Nouv. Presse méd.*, 1972, I, 2 087.

Scanned with OKEN Scanner

HAMBURGER-CROSNIER-MATHÉ (sindromul lui) (1950) : **nefrita prin hipertonia osmotică a plasmei.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HAMMAN-RICH : Fibroza pulmonară interstițială difuză.

Boală descrisă în 1944 de Hamman și Rich, fibroza pulmonară este caracterizată printr-o fibroză cu predilecție la nivelul interstițiului alveolo-capilar, interesînd de obicei ambii pulmoni. La început, modificările se limitează la peretele alveolar, apoi apare un exsudat alveolar care cu timpul se înlocuiește în arhitectura normală a pulmonului cu un țesut fibros. Boala se întîlnește la toate vîrstele și la ambele sexe în mod egal. Simptomul principal îl constituie dispneea, uneori tusea iritativă seacă. Examenul clinic pune în evidență trei semne fundamentale, în afară de dispnee : cianoză, hipocratism digital, raluri de stază la bazele pulmonare. Prognosticul este sumbru pentru că insuficiența respiratorie se agravează progresiv și duce ulterior la moarte. Boala este rară și pînă în 1964 erau adunate în literatură 75 cazuri. Tratamentul acestei boli se bazează pe corticoterapie, medicație simptomatică și intervenție chirurgicală (decorticare pleurală).

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. București.
2. Hamman L., Rich A. L. : *Bull. Johns Hopkins Hôsp.*, 1944, 74, 177.
3. Reid L. : *Poumon*, 1965, 21, 491.
4. Sloper J. C., Williams E. : *Lancet*, 1955, 11, 533.
5. Weitzenblum E., Gharbi T. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 431.

HAMMOND (sindromul lui) : **atetoza dublă.**

Este un sindrom extrapiramidal dobîndit sau congenital determinat de lezionarea corpului striat, a nucleului roșu și cîteodată chiar și a talamusului. Afecțiunea este congenitală în sindromul lui Cécile-Vogt și în acel al lui Hallenvorden-Spatz. În formele dobîndite, etiologia se datorește traumatismelor cerebrale obstetricale. Simptomatologia clinică se manifestă prin : miș-

Scanned with OKEN Scanner

cări atetozice ale mîinilor, degetelor, feței și gîtului; hipotonie musculară, hiperreflexie, fenomenul roții dințate și rigiditate musculară pentru mișcările pasive; arierație mintală. Prognostic rezervat; tratamentul este simptomatic.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Ford F. R.: *Diseases of the nervous system in infants, childhood and adolescence*, Ed. IV, Thomas, 1959.
3. Grinker R. C., Bucy P. C., Sachs A. L.: *Neurology*, Ed. V, Thomas, 1960.
4. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II, Editura Medicală, București, 1957.

HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN (boala lui) (1893): granulomul lipoidic al oaselor; lipogranulomatoza; xantomatoza cranio-hipofizară; granulomatoza lipofagică.

Această afecțiune cu evoluție cronică ar fi o granulomatoză, o reticuloendotelioză primitivă cu supraîncărcare secundară a celulelor cu colesterină. Astăzi, afecțiunea nu mai este considerată ca altădată ca o xantomatoză. Leziunile se localizează cu predilecție la nivelul oaselor feței, ale maxilarului inferior și ale craniului; ele pot fi găsite și în alte viscere și țesuturi. Tabloul clinic, care se face cunoscut la începutul celei de a doua copilării, se caracterizează prin exoftalmie, diabet insipid, oprire în creștere și tulburări hipofizare. Examenul radiologic permite a se evidenția multiple lacune rotunde în oasele craniului și scheletului. Diagnosticul sigur se face pe baza examenului histologic, care pune în evidență celule lipoidice. Numai rareori, evoluția este regresivă; de obicei, boala este fatală și moartea survine în urma complicațiilor viscerale, nervoase și hipofizare. Roentgenterapia poate fi uneori încununată de succes.

1. Christian C. H.: *Med. Clin. North. Amer.*, 1920, 3, 849.
2. Dechaume M.: *Précis de stomatologie*. Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, București, 1965.

Scanned with OKEN Scanner

4. Hirsch F. și colab. : *Sem. Hôp.* Paris, 1972, 48, 12, 837.
5. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

HANGER (boala lui) (1950) : **limforeticuloza benignă de inoculare ; maladia ghearelor de pisică cu virusul filtrant.**

Boala ghearelor de pisică este o infecție acută, datorită unui virus și transmisă omului în mod pasiv de pisici sănătoase, mai ales prin zgîrieturi. S-au semnalat și cazuri după o înțepătură a pielii cu așchii de lemn sau spin. Copiii fac boala mai frecvent decît adulții. Răspîndirea bolii este pe tot globul. Poarta de intrare este sediul leziunii primare, care are aspectul unei ulcerații mici infectate sau a unei papule centrate de o veziculă sau pustulă. După 1—3 săptămîni de la apariția acestei leziuni încep simptome de infecție generalizată cu cefalee, indispoziție generală, febră, limfangită cu adenopatie regională. Ganglionii pot supura. Complicațiile cele mai frecvente sînt : erupții maculoase și papuloase, eritem nodos și uneori, encefalită. Prognostic bun ; boala se poate vindeca spontan între 2 săptămîni — 2 ani. Tratamentul constă în administrare de tetraciclină și cloramfenicol.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current diagnosis and treatment,* Lange Medical Publ., Los Altos, 1967.
2. Eckhardt W. Jr., Levine A. J. : *Archiv Int. Med.,* 1962, 109, 463.
3. Prier J. E. : *Ann. New York Acad. Sci.,* 1958, 70, 650.

HANHART (sindromul lui) (1947) : **sindromul malformativ complex.**

Este un sindrom malformativ complex caracterizat prin prezența unei peromelii și a unei micrognatii. Nu se cunoaște etiologia bolii. Se crede că afecțiunea are caracter ereditar cu transmisie recesivă.

1. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, edit. New York, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

2. McKusick V. A. : *Medical Genetics*, Pergamon, 1966.
3. McKusick V. A. : *Heritabel Disorders of Connective Tissue*. 3rd ed. Mosby, 1966.
4. Walbaum R., Maillard E., Donazzan M., Carbain B., Fontaine G. : *Lille Méd.*, 1970, 15, 6, 917–930.

HANOT (boala lui) (1875) : **ciroza biliară primitivă ; ciroza hipertrofică primară ; ciroza colangiolitică; ciroza periportală ; ciroza splenomegalică.**

Este o boală rară caracterizată prin icter, prurit, hepato și splenomegalie. Din punct de vedere anatomo-patologic se observă ficat mare (3—4 kg) ; histologic, structura ficatului este relativ păstrată, canalele biliare sînt mari și de aspect normal. Canaliculele biliare prezintă în schimb fenomene de angiocolită și periangiocolită. Boala evoluează prin pusee cu icter cronic, hepatosplenomegalie, adesea pseudocolici hepatice, pusee febrile, leucocitoză și prurit. Diagnosticul se pune pe baza icterului, splenomegaliei, pruritului, febrei, xantoamelor, alterării testelor funcționale hepatice și pe puncția biopsie hepatică. Cauza acestei forme de ciroză nu este precis cunoscută. Se pare că la apariția ei concură multipli factori, care determină în mod cronic, inflamația canaliculelor biliare mici. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Patek A. J. jr. : *Primary biliary cirrhosis*, in A textbook of Medicine, edited by Russel L. Cecil, W. B. Saunders, 1955.
3. Popper H., Rubin E., Schaffner F. : *Am. J. Med.*, 1962, 33, 807.
4. Ricketts W. E., Wissler R. W. : *Ann. Int. Med.*, 1952, 36, 1241.
5. Sherlock S. : *Gastroenterology*, 1959, 37, 574.

HANOT, tip MAC MAHON (boala lui) : **ciroza biliară primitivă colostatică.**

Este un tip de ciroză biliară primitivă ce se caracterizează histopatologic printr-o dispariție a tuturor canalelor biliare interlobulare mici cu o involuție fibroasă a canalelor subiacente fără reacție inflamatorie la nivelul lor. Colostaza intrahepatică cu trombii săi biliari este neregulat

Scanned with OKEN Scanner

repartizată, însă ea predomină acolo unde atingerea colangiocolitică este maximă. Clinic, boala se manifestă prin icter net, adesea intens, pruriginos și cronic cu hepato-splenomegalie și evoluție lentă spre hipertensiune portală cu toate consecințele sale. Rareori, boala este influențată de corticoterapie. Se pare că boala este determinată de tulburări imunologice. Se întîlnește îndeosebi la femei și după vîrsta de 50 ani.

1. Ahrens E. H. jr. și colab. : *Medicine*, 1950, 29, 299.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Paris J. : *Lille Méd.*, 1968, 8, nr. spécial, pp. 1280–1283.
4. Sherlock S. : *Gastroenterology*, 1959, 37, 574.

HANOT tip KIENER (boala lui) : **hepatita mesenchimatoasă difuză.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul cirozelor biliare primitive, caracterizată printr-un sindrom angiocolitic cu dureri în hipocondrul drept, febră, icter și intumescență hepato-splenică. Leziunile anatomo-patologice corespund unei hepatite mesenchimatoase difuze cu limfomatoză nodulară. Nodulii limfoizi distrug zone întinse lobulare periportale, ducînd la o scleroză cu reticuloză fibrilară, care difuzează de la un element nodular la nodul. Colostaza care rezultă se datorește unei alterații perilobulare care comprimă vasele biliare. Slăbirea, astenia, anorexia, hipotensiunea arterială și cașexia determină, după ani de evoluție, moartea bolnavului. Se crede că procesul morbid ar fi determinat de o inflamație electivă la nivelul sistemului reticulo-endotelial cauzată de un virus special ; alții cred că este vorba de un fenomen de autoimunizare.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Med., Buc., 1965.
2. Paris J. : *Lille Méd.*, 1968, 13 nr. spéc., 1280–1283.
3. Schiff L. : *Bolile ficatului*. Edit. Medicală, București, 1970.
4. Sherlock S. : *Gastroenterology*, 1959, 37, 574.

Scanned with OKEN Scanner

HANOT tip RÖSSLE (boala lui) : **colangitis lenta.**

Este un tip de ciroză biliară primitivă, ce se manifestă timp îndelungat prin pusee febrile şi icterice fără durere netă, de tip biliar. Ulterior, icterul devine permanent. Din punct de vedere histopatologic este vorba de o colangită difuză lentă şi ascendentă, care produce succesiv o odită, o coledocită, o hepaticită şi o colangită intrahepatică progresivă. Boala se datoreşte unei infecţii ascendente consecutive unui ulcer, colite ulceroase cronice, unei angine sau sinuzite. Evoluţia este îndelungată şi fără şanse de vindecare radicală.

1. Ahrens E. H. jr. şi colab. : *Medicine*, 1950, 29, 299.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
3. Paris J. : *Lille Méd.*, 1968, 18, nr. spéc., pp. 1280–1283.
4. Schiff L. : *Bolile ficatului.* Editura Medicală, Bucureşti, 1970.

HANSEN (maladia lui) : **lepra ; leontiasis ; elefantiasis.**

Este o boală infecţioasă caracterizată prin semne cutanate şi nervoase, simptome generale variate şi o evoluţie foarte lentă, deformaţii şi mutilări, produsă de microbacterium leprae al lui Hansen. Boala se manifestă tardiv, în jurul vîrstei de 30 ani, după o perioadă de incubare de 1—2 ani. Boala se caracterizează prin prezenţa unor elemente eruptive pe tegumente, palid colorate, maculoase sau nodulare, eritematoase, prezentînd anestezie ; îngroşarea nervilor superficiali cu tulburări de sensibilitate. În leziunile de pe tegumente sau în gratajul nazal se găsesc bacili acido-rezistenţi. Se descriu 2 forme clinice : lepromatoasă şi tuberculoidă. Complicaţiile cele mai frecvente sînt amiloidoza şi tuberculoza. Boala evoluează circa 20 ani, după care bolnavii mor din cauza complicaţiilor sau prin asfixie produsă de ocluzia glotei.

1. Brainerd H., Margen S., Schatton M. : *Elemente practice de diagnostic şi tratament.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
2. Cochrane R. G. : *Internat. Rev. Trop. Med.*, 1961, 1, 1–42.

Scanned with OKEN Scanner

3. Trautne L. R. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 756.

HARDY (boală) : **sclerodermia edematoasă a lui Hardy ; scleredemul lui Buschke (vezi).**

HARE (sindromul lui) (1838) : **sindromul vîrfului pulmonar ; sindromul apico-costo-vertebral dureros prin tumoare apexiană ; sindromul Pancoast ; sindromul Tobias ; sindromul lui Pancoast-Tobias (vezi).**

HARADA (boala lui) (1926) : **uveita lui Harada ; coroidita acută difuză exsudativă.**

Este o uveită care debutează printr-un edem difuz al polului posterior cu tulburări în vitros. Ulterior, se constituie o decolare de retină de tip exsudativ cu localizare, de obicei, inferioară. Segmentul anterior este normal. Evoluția se face spre regresiunea exsudatului cu replicarea spontană a retinei, lăsînd în locul ei o pigmentație. Se mai remarcă în cursul bolii o pleiocitoză a lichidului cefalorahidian (meningoencefalită). Boala apare la adulți în vîrstă de 30—50 ani. Evoluția ei durează între 2—8 luni. Patogenia bolii este obscură : virus, alergie. Tratamentul este simptomatic și prin administrare de corticoterapie.

1. Amsler M., Verrey F., Huber A. : *Rapp. à la Soc. fr. d'ophtalm.*, 1955.
2. Hogan M., Kimura S., Thygeson P. : *Am. J. Ophtalm.*, 1959, 47, 155.
3. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire, Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
4. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.

HARKAWAY (sindromul lui) (1942) : **forma pulmonară a periarteritei nodoase.**

Este forma clinică pulmonară a periarteritei nodoase (boala lui Kűssmaul). Se prezintă clinic sub aspectul unui astm bronșic, ce poate preceda localizarea în alte regiuni a periarteritei nodoase. În afară de accesul tipic de astm, manifestat prin crize de dispnee paroxistică, la bolnavii cu sindromul lui Harkaway (Harkavy), se mai întîlnește eozinofilie, cîteodată pleurezie, pericardită și tulburări nervoase asociate. Histopatologic : aspect de arterită necrotică la ni-

Scanned with OKEN Scanner

velul arterelor și al venelor mijlocii din piele și diverse organe. Evoluția este relativ lentă, spre exitus în cîțiva ani. Tratamentul constă în administrarea de cortizon și antimalarice de sinteză.

1. Dahl E. V., Baggenstoss A. H., De Weerd J. H. : *Am J. Med.*, 1960, 28, 222.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Harkaway J. J. : *Allergy*, 1942, 14, 50.
4. Nuzum J. W. jr., Nuzum J. W. sr. : *Arch. Int. Med.*, 1954, 94, 942.

HARLEY (boala lui) (1858) : **hemoglobinuria paroxistică la frig ; boala lui Dressler.**

Este o hemopatie ce se caracterizează prin crize de hemoliză care survin numai la frig. Etiologia este necunoscută ; se incriminează deseori sifilisul terțiar. Patogenic, afecțiunea se datorește combinației, în timpul frigului, a hemolizinelor cu complementul și hematiile ; hemoliza se produce în timpul reîncălzirii sîngelui. Dacă valoarea hemoglobinemiei depășește pragul renal, apare hemoglobinuria, care-i dă urinii un aspect roșu intens. Crizele de hemoliză se însoțesc de febră, șoc, frisoane, curbatură și uneori, de pierderea cunoștinței. Cîteodată poate să apară subicter și anemie hemolitică secundară. Biologic : testul lui Rosenbach este pozitiv, la fel testele lui Coombs și fenomenul lui Landsteiner-Donath. În timpul crizelor, în urină se găsește oxihemoglobină, methemoglobină, urați, albumină, leucocite, cilindri hematici. Boala nu are caracter grav ; tratamentul cu vitamina C, calciu și cel antiluetic pot ameliora substanțial evoluția bolii.

1. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson Paris, 1958.
2. Hegglin R. : *Schweiz Med. Wschr.*, 1946, 76.
3. Maier C. : *Hämolyse und Hämolitische Krankheiten.*, Huber, Bern, 1950.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, Philad., 1961.

HARRIS (sindromul lui) : **cistationuria.**

Este o tulburare determinată de un deficit enzimatic care împiedică transformarea metioninei în hemosiderină și cisteină și în consecință, acumularea de cistationină, produs intermediar.

Scanned with OKEN Scanner

Boala se caracterizează clinic prin diferite deficienţe de ordin neuro-psihic. Ea ar reprezenta un defect genetic enzimatic.

1. Duncan G. G.: *Bolile metabolismului.* Edit. Medicală Bucureşti, 1966.
2. Frimpter G. W., Haymowitz V., Horowitz M.: *New England J. Med.*, 1963, 268, 33.
3. Harris H., Penrose L. S., Thomas D. H. H.: *Ann. Human. Genet.*, 1959, 23, 442.

HARTNUP (boala lui): **boala lui Hartnup.**

Este o afecţiune ce se caracterizează printr-o hiperaminoacidurie importantă (de 25 ori superioară normalului), care interesează aproape toţi aminoacizii. Simptomatologia clinică se manifestă sub forma unui eritem pelagroid, ataxie cerebeloasă temporară. Biologic: hiperaminoaciduric de tip renal, eliminare sporită de indican, acid indol-acetic şi alţi compuşi indolici. Din punct de vedere patogenic se admite că boala reprezintă un transport deficient al triptofanului prin celulele jejunului şi ale tubilor renali proximali. Boala are caracter familial de tip ereditar autosomal recesiv. Boala beneficiază de tratamentul cu amida acidului nicotinic. Administrarea acesteia în cantităţi suficiente poate determina o vindecare radicală şi rapidă.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Efron M. L.: *New England J. Med.*, 1965, 272, 1058–1067.
3. Halvorsen K., Halvorsen S.: *Pediatrics*, 1963, 31, 29.
4. Milne M. D., Crawford M. A., Girao C. B., Longbridge L. W.: *Quat. J. Med.*, 1960, 29, 407.
5. Stanbury B., Wyngaarden J. B., Frederickson D. S.: *The metabolic basis of inherited disease.* 2nd ed. Blakiston, 1966.

HASHIMOTO (boala lui) (1912): **strumita limfomatoasă.**

Este o tiroidită subacută observată mai frecvent la femei, între 40—50 ani, de etiologie necunoscută, probabil prin autosensibilizare la tireoglobulină, caracterizată histopatologic prin infiltraţie limfocitară masivă. Tiroida este moderat mărită, difuză, destul de fermă, însă nu produce compresiuni. Metabolismul este normal sau scăzut. Nu există remisie spontană. Evolu-

Scanned with OKEN Scanner

ție posibilă spre neoplasm. Apariția bolii este precedată de o hiperfuncție tiroidiană. Ulterior, tiroida se mărește global, însă parenchimul ei se atrofiază, fiind înlocuit de o hiperplazie conjunctivală întovărășită de hipofuncție tiroidiană. În perioada de stare, tabloul clinic este complet atenuat, afecțiunea manifestîndu-se numai prin prezența gușei. Boala trebuie diferențiată de carcinomul tiroidei și mai ales de gușa multinodulară. Tratamentul constă din corticoterapie și extractele tiroidiene.

1. Cassidy C. E. : *M. Clin. North America*, 1962, 46, 1201.
2. Crile G. Jr. : *Practical aspects of thyroid disease*. Philad. W. B. Saunders, 1949.
3. Doniach D., Hudson R. V., Roitt I. M. : *Brit. Med. J.*, 1960, 1, 365.
4. Hashimoto H. : *Arch. f. Klin. Chir.*, 1912, 97, 219.
5. Furszyfer J. și colab. : *Metabolism*, 1972, 21, 3, 197.
6. Steinberg F. U. : *Ann. Int. Med.*, 1960, 52, 1014.
7. Williams R. H. : *Textbook of Endocrinology*. Philadelphia, 1955.

HANEL (boala lui) : **nevrita interstițială hipertrofică forma superioară a lui Déjérine-Sottas.**

Este o nevrită interstițială hipertrofică de tip Déjérine-Sottas, ce se caracterizează clinic printr-o amiotrofie ce interesează membrele superioare, lăsînd intacte pe cele inferioare. Atrofia predomină spre extremitatea proximală. În această formă clinică nu se observă tulburări de sensibilitate, îngroșarea nervilor și tulburări pupilare. A fost descrisă la patru generații din aceeași familie. Are deci caracter familial. Evoluția, prognosticul și tratamentul sînt asemănătoare bolii Déjérine-Sottas.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*. ed. III. Lea and Febiger, 1963.
4. Șoflete A. : *Neurologia clinică*. Edit. Medicală Buc., 1967.

HASS (boala lui) (1921) : **osteocondrita capului humeral.**

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiunea face parte din grupul proceselor de osteomalacie (necrobioze osoase aseptice), de la nivelul epifizelor. Procesul patologic de necrobioză are loc la nivelul epifizei humerusului. Etiologia este neclară : probabil traumatică. Boala apare mai frecvent la copii în jurul vîrstei de 6—14 ani. Tratamentul este ortopedic și chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther Sibiu, 1948.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
4. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
5. Rădulescu A. : *Ortopedie chirurgicală.* București, 1939.

HAȚIEGANU (sindromul lui) : **sindromul dispeptic duodenal.**

Sindromul lui Hațieganu este o dispepsie cronică, tenace, cu evoluție subcontinuă cu faze de acalmie și paroxisme și fără periodicitate sezonieră. Se manifestă clinic prin balonări postprandiale, arsuri, grețuri, la care se adaugă un apetit capricios ce duce la slăbire și la diminuarea forțelor fizice ale organismului. Balonarea epigastrică survine după mese și se manifestă printr-o senzație dezagreabilă de presiune sau de durere, ritmată de alimentație. Arsurile survin mai ales noaptea împiedicînd somnul bolnavului. Grețurile care sînt de scurtă durată se manifestă electiv dimineața și spre ora prînzului (grețuri bifazice). Pofta de mîncare este inconstantă și capricioasă. În afară de cele trei simptome caracteristice (balonări, grețuri și inapetență) se mai observă și diferite tulburări vegetative generale. La examenul fizic se găsește o sensibilitate la palpare în regiunea epigastrică și spre hipocondrul drept, uneori și în regiunea mezenterică. Sindromul apare în toate suferințele duodenale și mai ales în cele cu o componentă inflamatorie. Survine de asemenea în duodenite, diskinezie cu stază duodenală, parazitoză duodenală, diverticuli duodenali, în inflamațiile cronice intraabdominale și genitale la femei, etc. Tratamentul constă din regim alimentar adecvat, sedarea sistemului nervos central, insulină

Scanned with OKEN Scanner

cîte 10 U.I., înainte de mese pentru activitatea kineticii duodenale, pansamente ale mucoasei etc.

1. Fodor O.: *Tratat elementar de medicină internă.* Edit. Dacia–Cluj, 1973.
2. Hațieganu I., Fodor O.: *Curs de patologie medicală*, vol. III, Litografia I.M.F., Cluj, 1956.
3. Hațieganu I.: *Clinica și patologia medicală*, Editura Medicală, Buc., 1958.
4. Hațieganu I., Hăngănuț M., Secărea V.: *Contribuții la sindromul stazei duodenale.* Tip. Cartea Românească din Cluj–Sibiu, 1944.
5. Paulson M.: *Gastroenterologic Medicine.* Ed. Lea and Febiger, 1969.
6. Pavel I., Păunescu-Podeanu A.: *Les affections non-ulcereuses du duodenum.* Ed. Masson, Paris, 1938.

HAVELOCK-ELLIS (sindromul lui): **ondinismul; urolagnia.**

Este o psihoză manifestată clinic printr-o perversiune sexuală care se observă de obicei la femei. Ea constă dintr-o plăcere deosebită sexuală în timpul spălării sau îmbăierii, cînd apa vine în contact cu organele genitale.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Editura Medicală, București, 1967.
2. Massion-Verniory A., Dumont N.: *Acta Neur. Psych., Belg.*, 1958, 58, 446.
3. Pelicier Y.: *Guide psychiatrique du médecin praticien.* Masson, Paris, 1970.
4. Redlich F. C., Freedman D. X.: *The theory and Practice of Psychiatry.* Basic Books, 1966.

HAVERHILL (febra de) (1926): **erythema arthriticum epidemicum.**

Este o boală determinată de streptobacilus moniliform și transmisă omului prin mușcătura de șobolani și prin alimente infectate, mai ales lapte. Boala apare după o incubație de 1—5 zile, manifestîndu-se prin temperatură și un exantem maculo-papulos și poliartrită. Diagnosticul etiologic se face pe baza culturilor din sînge și din exsudatul articular, iar mai tîrziu, prin reacțiile de aglutinare. În afară de simptomele clinice arătate mai sus, bolnavii pot prezenta și o endocardită. Tratamentul constă din administrare de penicilină sau de antibiotice cu spectru de acțiune larg.

Scanned with OKEN Scanner

1. Grumbach A., Kikuth W. : *Die Infektionskrankheiten des Menschen und ihre Erreger.* Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 1958.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
3. Top F. H. : *Communicable and Infectious Diseases.* ed. 5, Mosby, 1964.

HAXTHAUSEN (boală) : **keratodermatita hipoestrogenă palmară și plantară Lynch ; keratodermia climacterică.**

Este o dermatoză ce se manifestă clinic printr-o keratodermie palmară și plantară, ce apare la femei după menopauză. Pe lîngă hiperkeratinizarea excesivă palmo-plantară, femeile atinse de această boală prezintă hipertensiune arterială, obezitate și leziuni articulare concomitente. Evoluția este lentă. Tratamentul hormonal poate ameliora evoluția bolii.

1. Blum P. : *Nouvelle Prat. Dermat.*, 1936, 352.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin, ed. XI,* Mosby, 1956.

HAYDE (boala lui) : **prurigo nodular ; lichenificarea nodulară Pautrier ; lichenul cornificat Lailler-Brocq.**

Este un prurigo nodular de origine neuroalergică și hormonală. Boala se manifestă clinic prin existența unor noduli de consistență dură, de diferite mărimi, diseminați pe fețele extensoare ale extremităților, pe trunchi și pe față. Boala se întovărășește de un prurit rebel la tratament și chinuitor. La examenul anatomopatologic se observă că nodulii sînt constituiți dintr-o hipertrofie a formațiilor nervoase înconjurate de un infiltrat inflamator.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Gockowski J. : *Przegl. Dermat.*, 1934, 29, 136.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous Medicine,* Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

HAYEM (boala lui) (1905) : anemia hipocromă esențială ; anemia hipocromă achilică ; boala lui Faber-Hayem ; anemia simplă achlorhidrică Witts ; sindromul Kaznelson.

Boală cunoscută de multă vreme, astăzi ea este mai rar întîlnită la vîrsta pubertății, fapt ce a determinat să se creadă în dispariția ei. Mai frecvent întîlnită astăzi este cloroza tipică a femeilor în vîrstă sau adulte, cunoscută sub denumirea de anemia hipocromă achlorhidrică. În afară de anemia hipocromă (valoarea globulară subunitară) se mai întîlnește frecvent o gastrită, tulburări neuro-endocriniene și glosita lui Hunter. Simptomele subiective sînt reprezentate de arsuri epigastrice, amețeli, astenie și cefalee. Tratamentul cu fier în doze mari influențează favorabil boala.

1. Bernard J., Bessis M. : *Hematologie Clinique*, Masson C-ie, 1958.
2. Crosby W. H. : *Disease a month*. Ian., 1966.
3. Finch D. A. : *Nutrition Abstract and Rev.*, 1965, 23, 129.
4. Kasper C. K., Whissell D. Y. E., Wallerstein R. O. : *J.A.M.A.*, 1965, 191, 359.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, ed. V., Lea and Febiger, 1961.

HAYEM-FABER (boala lui) : anemia esențială hipocromă ; anemia hipocromă achilică; anemia simplă achlorhidrică Witts ; sindromul lui Kaznelson ; boala lui Hayem (vezi).

HAYEM-VON JACKSCH-LUZET (boala lui): anemia pseudoleucemică ; anemia infantilă pseudoleucemică.

Este o anemie hemolitică simptomatică a sugarului ce se întîlnește între 6—18 luni, mai tardiv decît eritroblastoza. Este un sindrom anemic cu splenomegalie considerabilă, adesea poliadenopatie și febră. Anemia este hipocromă cu eritroblastoză și microcitoză. Leucocitele ating cifra de 30—100 000 pe mmc. Ele se prezintă sub forme imature, mai ales de metamielocite, nucleocite și promielocite. Se mai observă policromazie, granulații bazofile, reticulocitoză și trombopenie. Evoluția este fatală în 6—12 luni. Boala are o etiologie neclară. Se crede c-ar fi vorba de

o prematuraţie, de tulburări dispeptice şi de rahitism, care ar fi factori adjuvanţi în declanşarea bolii. Nu are tratament.

1. Cartwright G. W. E.: *Diagnostic Laboratory Hamatology.*, ed. III-a, Grune and Stratton, 1964.
2. Dacie J. V.: *The hemolytic anemias* I. Hemolytic Anemias Churchill, 1960.
3. De Gruchy G. C.: *Clinical Hematology in Medical Practice.*, 2nd. ed. Blackwell, 1964.
4. Schulten H.: *Ergeb. inn. Med. Kinderheilk.*, 1934, 46, 236.

HAYEM-WIDAL (boală): **anemia hemolitică dobîndită idiopatică; icterul hemolitic dobîndit; anemia hemolitică subacută.**

Este o hemopatie ce afectează cu predominenţă vîrsta tînără. Tabloul clinic se manifestă prin icter, anemie şi splenomegalie. În sîngele periferic se decelează diminuarea rezistenţei globulare, dar numai a eritrocitelor spălate, reticulocitoză şi aglutinarea hematiilor spălate în ser fiziologic. Boala se prezintă sub formă de crize în care toate simptomele de mai sus se acutizează. În perioadele dintre crize, simptomele sînt foarte atenuate. Etiologia bolii este necunoscută. Boala are un prognostic relativ bun.

1. Dacie J. V.: *The hemolytic anemias I.* Congenital Hemolytic Anemias. Churchill, 1960.
2. Dacie J. V.: *The hemolytic anemias II.* The autoimmune Hemolytic Anemias., Churchill, 1962.
3. De Gruchy G. C.: *Clinical Hematology in medical practice.* 2nd ed. Blackwell, 1964.
4. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, ed. V., Lea and Febiger, 1961.

HEBERDEN (boala lui) (1768): **angina de piept; angor; stenocardie; maladia lui Rognon-Heberden.**

Este un sindrom dureros precordial tranzitoriu, care reprezintă diminuarea absolută sau relativă a oxigenării miocardului. În general, apare la bărbaţii trecuţi de 40 ani, cu antecedente de hipertensiune arterială sau diabet. Debitul coronarian poate fi micşorat relativ sau absolut în următoarele cardiopatii: scleroza coronariană (90% din cazuri), vicii ale orificiului aortic, spasme coronariene, etc. Histopatologic se observă una sau mai multe artere coronare obliterate, zone de fibroză sau de necroza miocardu-

Scanned with OKEN Scanner

lui, localizate în straturile subendocardice. Simptomatologia clinică este dominată de durere precordială, în bară, retrosternală, ce apare după efort, care iradiază în umărul stîng şi care dispare la repaus sau la nitroglicerină. Prognosticul este variabil. Este defavorabil cînd crizele se repetă la intervale prea scurte.

1. De la Chapelle C. E. : *Circulation*, 1960, 21, 1061.
2. Kannel W. B. şi colab. : *Ann, Int. Med.*, 1961, 55, 33–50.
3. Stewart H. J. : *Cardiac Therapy*, 1952, N. Y., Hoeber, Inc.
4. White P. D. : *Heart Diseases*. 4th ed. McMillan, N. Y., 1961.

HEBERDEN (nodulii lui) (1801) : **boala lui Rosenbach (vezi).**

HÉBRA (sindromul lui) (1854) : **pruritul lui Hébra ; pruritul copilăriei cu papule datorită excoriaţiilor.**

Este o dermatoză care apare în prima copilărie, manifestîndu-se prin pusee recidivante de prurit, întovărăşite de mici papule înclavate în piele, mai mult palpabile decît vizibile. Mai tîrziu, pruritul devine aproape continuu şi pielea ia un aspect lichenizat, uscat, cenuşiu şi se acoperă de papule pruriginoase, pustule, cruste, excoriaţii şi cicatrice. Leziunile sînt predominente la membre şi îndeosebi la gambe ; faţa este aproape indemnă. Ganglionii axilari şi inguinali sînt voluminoşi. Copilul este palid şi slăbit. Evoluţia este lentă. Pruritul se poate atenua la pubertate. Etiologia este foarte disputată : influenţe termice şi atmosferice, intoxicaţii alimentare şi medicamentoase, autointoxicaţii, boli de sistem, boli nervoase etc. În copilărie, prognosticul este, în general, favorabil. În afară de tratamentul urticariei, se va înmuia pielea cu vaselină salicilică. Adesea, schimbarea mediului este favorabilă.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, ed. Maloine, Paris, 1956.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Shelley W. B., Arthur R. P. : *Arch. Dermat.*, 1957, 76, 296.
4. Winkelmann R. K., Muller S. A. : *Ann. Rev. Med.*, 1964, 15, 53.

Scanned with OKEN Scanner

5. Witten V. H., Stein S. J., Michaelides P. : *Arch. Dermat.*, 1963, 87, 458.

HÉBRA (boală) : **pitiriazis rubra Hébra.**

Este o boală foarte rară, caracterizată clinic printr-o eritrodermie în scuame fine și aderente, care evoluează spre o atrofie difuză și progresivă. Starea generală a bolnavilor este foarte gravă și se însoțește de hipertermie, tulburări gastro-intestinale și pulmonare. Evoluția bolii se face în cîteva luni sau ani, conducînd, în mod sigur, la deces. Nu se cunoaște etiologia bolii. A fost deseori incriminată tuberculoza. Boala nu are nici un fel de tratament, sfîrșitul este fatal.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Ed. Maloine, Paris, 1956.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.*, Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* ed. XI, Mosby, 1956.

HÉBRA (boala lui) : **eczema marginată.**

Este o dermatoză întîlnită de obicei la bărbat, contagioasă în cursul raporturilor sexuale sau utilizării obiectelor de toaletă, produsă de epidermofiton inguinale. Leziunile, formate dintr-una sau mai multe pete roșii, scuamoase și cu margini nete, festonate și veziculoase, se localizează pe partea internă a rădăcinilor coapselor. Eczema poate fi însămînțată și la distanță : pliurile interfesiere, pubis, scrot, axile, spațiile interdigitale și plante. Afecțiunea are tendință la vindecare și nu invadează niciodată părul. Examenul scuamelor prelevate la margini arată un miceliu abundent, care crește ușor pe mediul zaharat. Tratamentul eficace prin badijonări cu alcool iodat 1%.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine,* Saunders, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin,* ed. XI, Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

HÉBRA (sindromul lui) : **eritemul exsudativ multiform ; eritemul multiform ; sindromul Hébra-Osler.**

Este o formă clinică de eritem polimorf sau multiform. Se manifestă clinic prin prezența unor leziuni cutanate eritematoase, simetrice și cu caracter recidivant în antecedente, ce apar pe tegumente și pe mucoasele cavității bucale și ale organelor genitale. Aceste leziuni pot avea caracter de macule, papule, bule sau pete purpurice. Nu se cunoaște etiologia. Pe lîngă forma idiopatică se mai descrie și o influență a factorilor alergo-infecțioși (medicamente, focare de infecție, boli infecțioase etc.). Este o formă clinică ușoară de eritem polimorf. Boala durează de obicei 2—6 săptămîni. Ea poate și recidiva.

1. Bloom A., Lovel T. W. J. : *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1964, 57, 175.
2. Hirszberg S. : *Warsz. Czas. lek.*, 1932, 9.
3. Shelley W. B. : *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 54.
4. Shklar G. : *Arch. Dermat.*, 1965, 92, 495.

HÉBRA (sindromul lui) : **scleromul Hébra.**

Este o afecțiune dermatologică ce se caracterizează prin existența unor scleroame cu localizare electivă la față și la nivelul căilor aeriene superioare. Inflamația de la nivelul căilor aeriene superioare și scleromul ce-o întovărășește se datorește unei inflamații cronice, determinată de Klebsiella rhinoscleromatis. Este o afecțiune benignă.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame*, Edit. Medicală, București, 1967.
2. Nowicki W. : *Twardziel*, Warszawa, 1950.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

HÉBRA (boală) : **seboreea centrifugă ; eritemul centrifug Biett-Brocq ; lupus eritematos migrator.**

Este o formă clinică a seboreei eritematoase cronice, care se manifestă clinic sub formă de plăci eritemato-descuamative, puțin infiltrate, care nu lasă modificări vizibile ci numai o atrofie neînsemnată. Etiopatogenia este asemănătoare cu aceea din lichenul roșu cronic : infecție locală, reacție modificată a țesutului conjunctiv,

Scanned with OKEN Scanner

sensibilitate crescută față de diferiți excitanți chimici, fizici, biologici etc. Prognosticul este, în general, benign.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, edit. Maloine, Paris, 1956.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Oszast Z. : *Pam. 12 Zjazdu Pol. Tow. Derm.*, Warszawa, 1948, 21.

HÉBRA-OSLER (sindromul lui) : **eritemul exsudativ multiform ; sindromul Hébra (vezi).**

HEDBLOM (sindromul lui) : **diafragmita.**

Sub denumirea de sindromul lui Hedblom se înțelege diafragmita, o inflamație a diafragmului determinată de o infecție de natură virală. Boala se manifestă clinic prin dureri în bară la baza toracelui, dispnee, tuse uscată și imobilizare. Boala are un debut acut. Evoluția este scurtă de 1—2 săptămîni. Prognosticul este bun. Tratamentul constă din administrare de medicație simptomatică și uneori, de antibiotice.

1. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest.*, 2nd. ed. Saunders, 1963.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

HEDINGER (sindromul lui) (1953) : **fibroza endocardică a inimii drepte.**

Este un sindrom clinic ce întovărășește de multe ori carcinoidul (sindromul Cassidy-Scholte, hiperserotonismul). Se caracterizează prin fibroza endocardică a inimii drepte, cu localizare atît parietală cît și la nivelul valvulelor tricuspidei și pulmonarei. Cum aceste leziuni interesează numai inima dreaptă așezată în calea serotoninei, produsă de metastazele hepatice ale unui carcinoid, acestea sînt astăzi considerate a fi rezultatul acțiunii directe a acestei substanțe asupra țesutului endotelial. La ascultație, leziunea valvulară se decelează prin existența unui

Scanned with OKEN Scanner

suflu sistolic la nivelul orificiilor inimii drepte. Confirmarea diagnosticului poate fi făcută şi prin dozarea, în urina din 24 ore, a acidului 5-hidroxiindoxilacetic, un produs final al 5-hidroxitriptaminei. Sindromul Hedinger din cadrul hiperserotonismului sau a carcinoidului afectează predominent indivizii în vîrstă de 40—70 ani, fără nici un fel de predilecţie pentru sex. Prognosticul este sever. Evoluţia este foarte rapidă.

1. Hedinger Ch., Isler P. : *Schweiz Med. Wschr.*, 1953, 83, 4.
2. Hegglin R., Langemann H. : *Helv. Med. Acta*, 1955, 22, 463.
3. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. G. Thieme-Verlag, Stuttgart, 1963.

HEERFORDT (boala lui) (1909) : **febra uveo-paratiroidiană ; o formă clinică a bolii lui Besnier-Boeck-Schaumann (vezi).**

Sindromul sau boala lui Heerfordt este o formă clinică a bolii lui Besnier-Boeck-Schaumann. Se întîlneşte mai frecvent în ţările nordice, nu este contagioasă, nici epidemică şi se observă cel mai des la indivizii între 10—40 ani. Debutul este lent şi progresiv cu febră, hipertrofie paratiroidiană şi scăderea acuităţii vizuale. În perioada de stare, tabloul clinic se caracterizează printr-o hipertrofie a paratiroidelor, manifestări oculare şi stare subfebrilă. Evoluţia este relativ scurtă şi vindecarea sigură. Histopatologic, boala se caracterizează prin prezenţa unor noduli constituiţi din celule epitelioide şi celule limfocitare, prezenţa de celule gigante, absenţa bacililor acidorezistenţi şi a calcificării. Etiologia este necunoscută ; numeroşi autori o socotesc ca o formă de tuberculoză. Corticoterapia dă rezultate excelente.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Med., Bucureşti.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*. Masson C-ie, 1969.

HEGGLIN (boala lui) (1945) : **tulburarea polifilă de maturaţie.**

Tulburarea polifilă de maturaţie este o trombocitopenie cronică, ce se transmite ereditar cu

Scanned with OKEN Scanner

caracter dominant. Tabloul clinic este dominat de hemoragii trombopenice, care se manifestă prin hemoragii bucale sau cutanate repetate ce apar la cel mai mic traumatism. În afară de aceste hemoragii cutanate și mucoase, pot apare de asemenea hemoragii prin orificiile naturale și îndeosebi hemoragii uro-genitale sau în sistemul nervos central cu semne neurologice. În afară de numărul lor scăzut, trombocitele apar într-o coloraţie albastră și sînt sărace în granulaţii. În leucocite se pot observa benzi refringente bazofile. Același fenomen poate avea loc și în megacariocite. Evoluţia bolii este relativ bună. Splenectomia și corticosteroizii oferă posibilitatea de a se obţine rezultate terapeutice destul de favorabile.

1. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson C-ie, Paris, 1958.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Gasser C. : *Die hämolitischen Syndrome im Kindesalter.* G. Thieme, 1961.
4. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten,* G. Thieme, 1963.

HEGGLIN (boala sau sindromul lui) (1949) : **insuficienţa energodinamică ; insuficienţa circulatorie energodinamică.**

Boala este determinată de tulburarea factorilor care participă la efectuarea sistolei cardiace : modificările mediului ionic și mai ales hipocalcemia. Tabloul clinic este reprezentat prin stare de depresiune, adinamie, puls mic bradi sau tahicardic, edeme, hipotensiune arterială, cianoză, anorexie. Boala întovărășește hipoxia miocardică, colapsul, coma diabetică, coma hipoglicemică, porfiria și unele dezechilibre hidroelectrolitice. Modificările electrocardiografice se caracterizează printr-o accentuare a undei U, undă de obicei invizibilă, care se contopește cu un T turtit, simulînd astfel, o prelungire a intervalului Q—T. Zgomotul al II-a de pe fonocardiogramă precede astfel sfîrșitul undei U.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Hegglin R. : *Cardiologia,* 1949, 15, 65.
3. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* G. Thieme-Verlag Stuttgart, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

HEINE-MEDIN (boala lui) (1840-1890) : **paralizia infantilă acută epidemică ; poliomielita acută anterioară epidemică.**

Este o boală acută, determinată de un virus, care interesează electiv celulele mari motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării şi care se manifestă în formele tipice, prin paralizii flasce ale unor grupe musculare. Agentul patogen este un virus foarte mic, care nu este patogen decît pentru om şi pentru maimuţele antropoide. Histopatologic, leziunile apar la nivelul celulelor motorii ale măduvei spinării cît şi la nivelul scoarţei rolandice şi al nucleilor vestibulari. Se mai observă în plus o infiltrare a ganglionilor spinali şi o hiperemie meningeală. Tabloul clinic în formele abortive se manifestă prin febră, cefalee, stare generală proastă, vărsături şi dureri în gît. În formele paralitice, după o fază pseudogripală se observă o reacţie meningeală, nevralgii ale extremităţilor şi paralizii ale acestora. Se mai observă forme respiratorii şi forme bulbo-spinale, forme bulbare etc. Biochimic : în lichidul cefalorahidian se observă o limfocitoză, albuminorahie ; în sînge, hiperleucocitoză. Prognostic rezervat mai ales în formele respiratorii. Profilaxia se face cu vaccin Salk sau Lépine. Nu există vreun tratament specific.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Kreindler A. : *Neurologia,* vol. I–II, Edit. Medicală, Buc., 1957.
3. Lépine P. : *Biologie de la poliomielite.* P. Flammarion, Paris, 1950.
4. Perelman R. : *Conc. Méd.,* 1963, 85, 4849.
5. Stroe A., Drăgănescu Şt., Constantinescu G., Turcu I. : *Bull. Soc. Med.* Buc., 1954.

HELLER (boala lui) (1908) : **demenţa infantilă; boala lui Heller-Weygand.**

Este o afecţiune ce debutează la vîrsta de 3—4 ani, manifestîndu-se prin nelinişte motorie, crize de mînie, stări de agitaţie, atitudine dezinhibantă sau răutăcioasă, tendinţă la violenţă şi tulburări de vorbire (ecolalie), vorbire confuză şi fără sens, care ulterior se transformă într-un mutism complet şi o totală pierdere a înţelegerii

Scanned with OKEN Scanner

vorbirii. Auzul muzical persistă un timp mai îndelungat decît limbajul. Deşi multă vreme se menţine o imagine inteligentă a feţei, totuşi demenţa progresivă care se instalează duce cam după 3 ani la o idioţie completă. Deseori bolnavii prezintă şi crize epileptice. Evoluţia bolii este progresivă şi mersul ei nu poate fi cu nimic ameliorat sau oprit. Boala nu are tratament.

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Lott G. M. : *J.A.M.A.*, 1966, 196, 229.
3. Menolascino F. J. : *Am. J. Psychiatr.*, 1966, 122, 1227.

HELLER (sindromul lui) : **distrofia mediană canaliformă a unghiilor.**

Este o afecţiune ce se caracterizează clinic prin existenţa în limbul unghiei, cel mai adesea de la nivelul policelor, a unor canale drepte ce merg de la marginea liberă la loja ungheală. Se crede că în etiopatogeneza acestui sindrom, un rol important l-ar juca traumatismele repetate.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Edit. Maloine, Paris, 1956.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame*. Edit. Med., Buc., 1967.
3. Ronchese F. : *Arch. Dermat. Syph.* 1951, 63, 565.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *A textbook of Dermatology*, Blackwell Oxford, 1968.

HELLER-DOEHLE (boala lui) : **mesaortita sifilitică ; boala lui Doehle-Heller (vezi).**

HEITZ-BOYER (boala lui) (1919) : **sindromul entero-renal.**

Sindromul entero-renal sau boala lui Heitz-Boyer este o angiocolecistită gravă, complicată cu o atingere renală. Tabloul clinic, care este foarte grav, se manifestă prin icter intens, frisoane, febră, oligurie, proteinurie şi uremie. În sînge se găseşte o hiperazotemie, hiperbilirubinemie, hiperleucocitoză cu neutrofilie. Prognosticul este relativ grav. Tratamentul este antiinfecţios cu antibiotice.

1. Judd E. S. : *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 927.
2. Hinchey E. J. şi colab. : *Surg. Gynec. Obstr.*, 1965, 120, 475.

Scanned with OKEN Scanner

3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Reubi Fr. : *Néphrologie clinique.* Edit. Masson C-ie, 1961.

HEITZ-BOYER (boala lui) : **boala neoformată edematoasă a colului vezical la femeie.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres,* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HEITZ-BOYER (boala lui) : **boala diverticulară a prostatei.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres,* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HENCH-ROSENBERG (sindromul lui) (1940—1944) : **reumatismul palindromic.**

Este o boală reumatismală caracterizată prin existenţa unor pusee repetate de artrită cu noduli intradermici. Accesele dispar rapid, în cîteva ore sau cîteva zile. Cel mai frecvent afectate sînt articulaţiile mici ale degetelor ; mai rar, pot fi afectate toate articulaţiile periferice. Nu se observă nici un fel de leziune articulară. Acest gen de reumatism trebuie deosebit atît de artrita acută gutoasă, cît şi de o poliartrită reumatoidă. Etiologia bolii este necunoscută. Tratamentul este simptomatic. Crisoterapia are eficacitate numai în prevenirea recidivelor.

1. Collins D. H. : *The Pathology of Articular and Spinal Diseases,* Arnold, 1949.
2. Hench P. S., Rosenberg E. F. : *Arch. Int. Med.,* 1944, 73, 293.
3. Rosenberg E. F. : *M. Clin. North America,* 1965, 49, 1—300.

HENDERSON-JONES (boala lui) (1916) : **osteocondromatoza articulară.**

Osteocondromatoza lui Henderson-Jones se caracterizează prin prezenţa de osteocondroame la nivelul articulaţiilor mici. Cu timpul, acestea pot duce la artroză. Boala face parte din grupul condromatozelor, boli caracterizate prin apariţia la nivelul oaselor tubulare ale mîinilor şi picioarelor de mase cartilaginoase multiple. Această

Scanned with OKEN Scanner

afecțiune se întovărășește de opriri în creștere. La examenul radiologic, condroamele necalcificate sînt transparente la razele X și falangele apar suflate.

1. Blumberg B. S. și colab. : *Arthritis and Rheumatism*, 1964, 7, 93.
2. Christian C. L. :*Arthritis and Rheumatism*, 1966, 9, 93.
3. Collins D. T. : *The Pathology of Articular and Spinal Diseases*. Arnold, 1949.
4. Zitman D. și colab. : *Ann. Rheumatism Dis.*, 1963, 22, 36.

HENNEBERT (sindromul lui) (1911) : **nistagmusul cu leziuni labirintice al copiilor eredo-sifilitici.**

Este un sindrom clinic ce constă din nistagmus sau mișcări oculare încetinite, nestabile și neregulate, ce apar la copii eredo-sifilitici cu leziuni labirintice. Acest reflex oculo-motor apare datorită intrării aerului în conductul auditiv extern și creșterii presiunii de la acel nivel. Nistagmusul, care poate fi orizontal, vertical, oblic, orizontal-rotator, apare în timpul probei pneumatice la indivizii cu sifilis congenital tardiv.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of Otolaryngology*, ed. 3rd. Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology*, 5 vol. Prior, 1960.
3. Hennebert R. : *Belg. Ges. Ohrenheilk.*, 21 Jahresvers. Gent, 1911.
4. Jackson C., Jackson C. L. : *Diseases of the Nose, Throat and Ear*, 2nd. ed. Saunders, 1959.

HENOCH (sindromul lui) (1884) : **purpura fulminans Henoch ; purpura fulminans a lui Guelliot-Henoch.**

Este o dermatoză din grupul purpurelor infecțioase hemoragice, care asociază alături de un sindrom general grav tifoidic, o erupție purpurică profuză și hemoragii multiple (digestive, renale etc.) și abundente. Evoluția este scurtă și adesea moartea survine în cîteva săptămîni. Purpura fulminans Henoch este o formă supraacută echimotică, ce se întîlnește la copiii mici. Aceste purpure apar în unele septicemii sau pot fi de origine medicamentoasă. Prognostic grav. Tratament ineficace.

Scanned with OKEN Scanner

1. Ackroyd J. F. : *Am. J. Med.*, 1953, 14, 605.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
3. Doan C. A., Bouroncle B. A., Wiseman B. K. : *Ann. Int. Med.*, 1960, 53, 861.
4. Horstens H. : *Z. inn. Med.*, 1953, 8, 862.

HENOCH (boală) (1861) : **coreea electrică ; boala lui Bergeron-Henoch.**

Este o boală rară, ce apare mai ales la copii, cu evoluţie benignă şi cu etiologie neprecizată (probabil o encefalită cronică sau o manifestare psihopatică). Se caracterizează clinic prin contracţii musculare involuntare explozive, ritmice, rare (3—5 pe minut), care sugerează descărcările la excitarea electrică. Contracţiile musculare au loc la nivelul cefei şi al centurii scapulare.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Bittenbender J. A., Quadfasel C. : *Arch. Neurol.*, 1962, 27, 275.
3. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
4. Merritt H. H. : *A textbook of Neurology*, 3rd ed. Lea and Febiger, 1963.

HENOCH (boala lui) : **angina Henoch ; angina gangrenoasă a scarlatinei.**

Este o formă clinică de angină care apare de obicei la începutul unei scarlatine maligne. Are un aspect ulcero-necrotic, care, după suprainfectare devine ulcero-gangrenos, cu o tendinţă deosebită pentru profunzime şi suprafaţă, ocupînd întreaga mucoasă buco-faringiană. Se însoţeşte de o halenă fetidă, stare foarte gravă şi coriză seropurulentă. Boala este determinată de o asociere microbiană în care predomină flora bacteriană anaerobă.

1. Pullen R. : *Communicable Diseases*, Lea and Febiger, 1950.
2. Rammelkamp C. H. jr. : *Bull. New York Acad. Sci.*, 1955, 31, 103.
3. Stillerman M., Bernstein S. H. : *Am. J. Dis. Child.*, 1961, 107, 476.
4. Top F. H. : *Communicable and Infectious Diseases*, ed. 5, Mosby, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

HENOCH-SCHOENLEIN (boala lui) (1874—1947) : **pelioza reumatismală ; purpura reumatoidă Mathieu ; purpura abdominală ; purpura anafilactică vasculară ; purpura capilarotoxică ; purpura reumatoidă Besnier ; purpura abdominală Henoch.**

Este un sindrom hemoragipar vascular, mai frecvent la copil, asociat adesea cu fenomene alergice (eritem, urticarie, epanşamente seroase subcutanate, submucoase sau intraarticulare). Îmbracă forme articulare şi forme abdominale, ultimele întîlnindu-se îndeosebi la copii. Factorul alergic nu poate fi totdeauna pus în evidenţă. Următorii factori pot declanşa boala : agenţii bacterieni sau alimentari. Reacţia antigen-anticorp se produce în endoteliul vascular cu alterarea permeabilităţii vaselor mici. În forma abdominală Henoch, peretele intestinal este sediul unei infiltraţii sero-hemoragice, care se întovărăşeşte de o stare abdominală acută. Debutul bolii este acut, manifestîndu-se clinic prin astenie, stare subfebrilă, anorexie şi tulburări digestive. În perioada de stare, se observă purpură cutanată cu predominenţă la membrele inferioare (pelioza reumatismală Schönlein), dureri articulare, tulburări gastrointestinale şi renale (hematurie, albuminurie, insuficienţa renală). Complicaţii rare sînt : hemoragii intestinale, albuminurie şi insuficienţă renală, precum şi un sindrom abdominal acut. Prognosticul este bun. Boala evoluează 1—6 săptămîni. Tratamentul este antialergic.

1. Ackroyd J. F. : *Am. J. Med.*, 1953, 14, 605.
2. Baldini M. : *New England J. Med.*, 1966, 274, 1245.
3. Doan C. A., Bouroncle B. A., Wiseman B. K. : *Ann. Int. Med.*, 1960, 53, 861.
4. Hegglin R. : *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1969.

HERINGHAM (sindromul lui) (1889) : **atrofia musculară progresivă cu tremurături fibrilare.**

Este o formă clinică de atrofie musculară progresivă în care caracteristică este tremurătura fibrilară a muşchilor (vezi boala lui Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann). Boala debutează de obicei înainte de 20 ani ; uneori poate surveni la 40 sau 50 ani. Se caracterizează clinic prin atrofii musculare care încep la gambe şi interesează

Scanned with OKEN Scanner

ulterior musculatura porțiunilor distale ale coapselor și ale membrelor superioare. Atrofia începe de obicei în mușchii interosoși ai piciorului și în mușchii peronieri.

1. Adams R. D., Denny-Brown D., Pearson C. M. : *Disease of muscle. A study in pathology*, New-York, Harper, 1962.
2. Dreyfus J. Cl., Schapira G. : *Klin. Wschr.*, 1962, 40, 373.
3. Gerstenbrand F., Pateisky K., Weingarten K. : *Wien Zschr. Nervenhk*, 1962, 19, 443.
4. Heyck H., Landahn G. : *Klin. Wschr.*, 1963, 41/II, 905.
5. Schwartz A. R. : *Arch. Neurol.*, 1963, 9, 623.

HERLITZ (sindromul lui) : **pemfigus forma gravă.** **Este o formă gravă de pemfigus. Este o afecțiune rară, cu etiologie necunoscută, care netratată duce la deces în decurs de 2 luni — 2 ani. Se caracterizează clinic prin apariția insidioasă a unor bule dispuse în buchete, ce se localizează mai întîi pe mucoase, unde devin repede erozive. După aceea apare toxemia și un miros specific de „șoarece". Semnul Nikolsky este pozitiv (separarea epidermului prin frecare). Histopatologic, leziunea se caracterizează prin ruperea punților intercelulare din epiderm (acantoliză). În sînge, se observă** leucocitoză cu eozinofilie, **viteza de sedimentare a hematiilor este accelerată. Bolnavii mor prin complicații secundare, care duc la debilitarea accentuată a organismului, caşexie, toxemie, pneumonie etc. Nu are tratament ; s-au încercat corticosteroizii.**

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V, Saunders, 1963.
2. Beutner E. H. și colab. : *J.A.M.A.*, 1965, 192, 682.
3. Ormsby O. S., Montgomery H. : *Diseases of the skin.*, ed. VIII, Lea and Febiger, 1954.
4. Sanders S. L., Nelson C. T. : *M. Clin. North America*, 49, 681.

HERMAN (sindromul lui) : **atrofia progresivă a mușchilor cu sindrom Cushing.**

Este o afecțiune determinată de lezionarea nucleară a neuronului motor periferic prin leziuni extensive. De obicei, agentul cauzal este necunoscut. Tabloul clinic se caracterizează printr-o slăbiciune și o atrofie progresivă a unor

Scanned with OKEN Scanner

grupe musculare de tip spinal, bulbar sau pontin. Pe lîngă această simptomatologie, boala se mai însoţeşte şi de un sindrom Cushing (craniopatie metabolică). Evoluţie lentă. Prognostic relativ sever.

1. Adams G. M., Eaton L. M., Shy G. M. : *Neuromuscular Disorders. Publ. A. Nerv and Ment. Dis.* 1960, vol. 38, Williams and Wilkins.
2. Barrows H. S. : *G.P.*, 1964, 29, 146.
3. Eaton L. M. şi colab. : *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 1957, 32, 425.
4. Walton J. N. : *Abstr. World Med.*, 1966, 40, 1–12 şi 81–94.

HERMAN (sindromul lui) (1937) : **cianoza marmorată generalizată angiogenă posttraumatică.**

Este un sindrom clinic ce se manifestă printr-o cianoză cu aspect marmorat ce apare la indivizii care au suferit un traumatism fizic. Cianoza se datoreşte unei vasopareze periferice reflexe. În afară de această simptomatologie, în cursul bolii se observă diferite tulburări psihice, tulburări de vorbire şi simptome difuze piramidale şi extrapiramidale. Răspunde bine la terapeutica cu vasoconstrictive.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Buc., 1967.
3. Herman E., Sulat H. : *N.N.P.D.*, 1957, VII, 1, 35.

HERRENSCHWAND (boala lui) (1918) : **heterocromia irisului.**

Este o boală congenitală cu etiologie necunoscută cu frecvenţă egală la ambele sexe, care se manifestă clinic printr-o heterocromie iriană ce apare mai ales în bolile de provenienţă simpatică. De partea unde irisul este mai deschis la culoare se observă existenţa sindromului lui Claude Bernard-Horner.

1. Berens C. : *The Eye and its Diseases.* Saunders, 1950.
2. Duke-Elder W. S. : *Textbook of Ophtalmology*, Mosby, 1938–1954.
3. Herrenschwand D. : *Klin. Mbl. Augenhk.*, 1918, 60, 467.
4. Hogan M. J., Zimmermann L. E. : *Ophtalmic Pathology*, 2nd, ed. Saunders, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

5. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie.* Guide-Dictionnaire. Doin-Doren, 1970.

HERRICK (boala lui) (1910): **anemia cu hematii falciforme; anemia cu drepanocite; sickle-cell anemia; meniscocitoza; anemia eritroblastică a negrilor.**

Este o anemie hemolitică cronică, frecventă la indivizii de rasă neagră sau mixtă, caracterizată prin prezența în sînge a hematiilor în formă de semilună (falciforme). Boala este congenitală și ereditară. Tara drepanocitară se transmite ca un factor dominant, ce poate rămîne mult timp latent. Tabloul clinic se conturează în a doua copilărie, manifestîndu-se prin anemie gravă, subicter, crize dureroase abdominale, febră și dureri articulare. Se mai pot observa ulcere cronice ale gambelor, hemiplegie, paralizia nervilor cranieni și alte tulburări nervoase determinate de tromboze cerebrale. Dezvoltarea copiilor este tulburată. Se mai observă modificări osoase (îngroșări ale corticalei), splenoși hepatomegalie. Examenul de laborator arată: anemie normocitară și prezența hematiilor în formă de semilună (drepanocite sau celule falciforme). Hematiile conțin hemoglobine anormale. Evoluția este gravă și rareori, individul atins de această afecțiune, depășește vîrsta de 15 ani.

1. Biggs R., MacFarlane R. G.: *Brit. J. Haematol.*, 1958, 4, 1–27.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*, Edit. Medicală, 1965.
3. Gasser C.: *Die Hämolytische Syndrome im Kindesalter.* G. Thieme, 1951.
4. Masson V.: *Amer. J. Med.*, 1929, 79, 1 318.
5. Schulten H.: *Lehrbuch der Linische Hämatologie.* G. Thieme, 1953.

HERRMANN (sindromul lui): **sindromul congenital complex nefrită ereditară-surditate progresivă.**

Este un sindrom congenital complex ce se caracterizează printr-o nefrită ereditară, surditate progresivă sensoneurală, întîrziere mintală, epilepsie, diabet și o creștere a excreției urinare de valină și leucină.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Gellis S. S., Feingold M.: *Atlas of mental retar-*

Scanned with OKEN Scanner

dation. U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
3. Herrmann C. jr., Aguilar M. J., Sacks O. W. : *Neurology* (Minneapolis), 1964, 14, 212–221.

HERS (boala lui) (1959) : **glicogenoza hepatică ; glicogenoza prin deficiența hepato-fosforilazei.**

Împreună cu boala lui Mac Ardle (absența fosforilazei musculare), boala lui Pompe (glicogenoza generalizată de cauză necunoscută), dextrinoza (absența amiloglucoxidazei), amilopectinoza (absența amilo-transglucoxidazei) și boala lui Hers fac parte din boala glicogenică clasică. Tot din acest grup de boli face parte și boala lui von Gierke (boala glicogenică). Această boală este o glicogenoză hepatică caracterizată clinic printr-o întîrziere în dezvoltarea psiho-somatică, moderată hepatomegalie, fără alterații musculare sau cardiace concomitente. Prezintă o hipoglicemie moderată și inconstantă, cu răspuns modest la glucagon și adrenalină. Hipercolesterolemia și hiperlactacidemia sînt de abia schițate. Uneori se observă un oarecare grad de cetoză. Activitatea fosforilazei hepatice și leucocitare este scăzută, însă nu este complet absentă. Supraîncărcarea cu glicogen se limitează numai la ficat. Boala cu caracter congenital, se datorește absenței fosforilazei hepatice.

1. Hers H. G. : *Sem. Hôp.*, Paris, 1964, 40, 1 045–1 048.
2. Hers H. G. : *Rev Internat. d'hépatologie*, 1959, 9, 35.
3. Hers H. G. : *Biochem. J.*, 1963, 86, 11.
4. Hug G. : *J. Pédiatr.*, 1962, 60, 545.
5. Weber G., Harpur E. R. : *Metabolism*, 1960, 9, 880.

HERTER (boală) (1908) : **boala celiacă ; maladia lui Gee ; infantilismul intestinal ; steatoreea idiopatică ; boala Heubner-Herter.**

În forma idiopatică a bolii este vorba de o insuficiență digestivă de cauză necunoscută (se crede a fi o alergie la gluten). În forma secundară, celiachia ar fi o complicație a malformațiilor digestive, a unei parazitoze sau infecție intestinală. Tabloul clinic se manifestă prin scaune voluminoase, numeroase, albe, fetide și strălucitoare, tulburări psihice (iritabilitate), ba-

Scanned with OKEN Scanner

lonare abdominală și diferite tulburări metabolice. În fecalele bolnavului se găsesc crescute grăsimile. Se mai găsește de asemenea anemie, hiperglicemie, hipocalcemie și hipoprotidemie. Prognosticul este rezervat. Tratamentul este simptomatic.

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F. : *Clinical Gastroenterology*. Thomas, 1960.
2. Bockus H. L. : *Gastroenterology*, 2nd ed., Vol. II, Saunders, 1963–1965.
3. Badenoch J.,Brooke B. N. : *Recent Advances in Gastroenterology*. Little Brown, 1965.
4. Lehndorf H., Manter H. : *Erg. inn. Med.*, 1937, 31, 456.

HERTOGHE (sindromul lui) (1899) : **hipotiroidia cronică benignă ; mica insuficiență tiroidiană.**

Este o formă clinică de hipotiroidie cu simptomatologie foarte atenuată, manifestată numai prin lipsa mai mult sau mai puțin accentuată a genelor de partea temporală a pleoapelor, fotofobie (din cauza leziunilor corneene) și alopecie secundară, mai ales în regiunea occipitală. În afară de aceste simptome, bolnavii atinși de această maladie nu acuză nici o altă tulburare.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology*, ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Forgács J., Franceschetti A. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1959, 47, 5/11, 191.
3. Franceschetti A., Jaccotet M., Jadassohn W. : *Ophtalmologica*, 1957, 133, 259.
4. Vaughan D., Cook R., Asbury T. : *General Ophtalmology*, ed. 4-a, Lange, 1965.

HERTWIG-MAGENDIE (sindromul lui) : **strabismul datorită unei origini labirintice.**

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology*, ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HESSELBACH (boala lui) : **hernia femurală externă.**

Este o formă foarte rară de hernie femurală. Se caracterizează prin aceea că canalul său nu se găsește în teaca vasculară, ci în teaca musculară. Este de fapt o hernie crurală multidiverticulară, ale cărei prelungiri ies prin orificii distincte ale fasciei cribriforme.

Scanned with OKEN Scanner

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Editura Medicală, Bucureşti, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* Paris, 1949.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie,* München–Berlin, 1951.

HEUBNER (boala lui) : **pedonefrita Heubner.**

Este o formă de glomerulonefrită în focare, care din punct de vedere clinic se manifestă prin repetate puseuri de hematurie, ce sînt puse în legătură cu diferite puseuri congestive faringiene. De fapt este denumirea pentru acea formă a nefritei în focar la copii, care evoluează cu puseuri repetate de hematurie, după infecţii faringiene acute.

1. Dodge W. J. F., Travis L. B. : *Texas Rep. Biol. and Med.,* 1964, 22, 661.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Kassirer J. P., Schwartz W. B. : *New England J. Med.,* 1961, 265, 686.
4. Kushner D. C. şi colab. : *Medicine,* 1961, 40, 203.

HEUBNER-HERTER (boala lui) (1888): **boala celiacă; steatoreea idiopatică ; infantilismul intestinal ; boala lui Gee ; sprue intestinal netropical ; boala lui Herter (vezi).**

HEUBNER-SCHILDER-FOIX (sindromul lui) (1912) : **encefalita periaxială difuză a lui Schilder ; encefaloleucopatia difuză Flatau ; boala lui Flatau-Schilder-Foix ; boala lui Schilder ; boala lui Kaltenbach.**

Este o boală degenerativă a creierului, lent progresivă, caracterizată printr-o cecitate progresivă şi printr-o demenţă. Regiunea occipitală a creierului este cel mai frecvent lezionată, din care cauză, de cele mai multe ori, boala se manifestă iniţial printr-o hemianopsie. Din punct de vedere histopatologic se constată o demielinizare masivă a substanţei albe cerebrale şi o proliferare a nevrogliei. Tabloul clinic se manifestă prin paralizii spastice ale extremităţilor, cu contracturi, scăderea acuităţii vizuale sau cecitate de origine corticală, ori atrofie progresivă a papilelor nervilor optici. În stadiile mai avansate ale bolii se adaugă la simptomele de

Scanned with OKEN Scanner

mai sus o stare subfebrilă, tulburări sfincteriene și caşexie. Se deosebesc patru forme clinice: forma pseudoparalitică, forma polisclerotică, forma pseudocatatonică și forma pseudo-tumorală.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd, Hoeber, 1962.
2. Geisler W. P., Jousse A. T.: *Canad. M.A.J.*, 1963, 88, 189.
3. Hygland H. H.: *Postgrad. Med.*, 1965, 37, 241.
4. Schumacher G.: *New England J. Med.*, 1960, 262, 969.

HEUCK-ASSMANN (sindromul lui): **mieloza osteosclerozantă.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul osteodistrofiilor, caracterizată histopatologic, printr-o condensare osoasă generalizată, iar biologic și clinic printr-o eritroblastoză cu reacție leucemoidă și hepato-splenomegalie. Ca și osteopetroza lui Albers-Schoenberg, chembismul și boala lui Apert, sindromul Heuck-Assmann se transmite ereditar. Tratamentul bolii este pur simptomatic. Hepatoterapia și transfuziile influențează numai temporar anemia. Se recurge la chirurgie în cazurile de compresiuni nervoase.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Dechaume M.: *Précis de stomatologie*. Edit. Masson C-ie, 1962.
3. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Sci. Franc, Paris, 1966.
4. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HEYD (sindromul lui) (1924): **hepato-nefrita; sindromul hepato-renal.**

Este un complex simptomatic în care se asociază tulburări de origine renală, cu tulburări din partea ficatului. Acestea pot să apară în unele afecțiuni hepatice sau în cadrul unei suferințe comune renale și hepatice.

1. Durham R.: *Encyclopedia of clinical syndromes*. New York, 1960.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Sarre H.: *Nieren Krankheiten*. G. Thieme, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

HEYDENREICH (boala lui) : **fractura lui Heydenreich.**

Sub această denumire se înțelege fractura transversală transtuberozitară a extremității superioare a tibiei.

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Edit. Flammarion, 1967.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* 1949.

HICKS (boala lui) (1922) : **neuropatia radiculară senzorială ereditară.**

Este o neuropatie ereditară care se manifestă clinic prin absența sensibilității la nivelul policelui și apariția la același nivel, a unor ulcerații iritante. Concomitent, bolnavii se plîng de dureri violente în alte părți ale corpului. În multe cazuri se mai observă o diminuare importantă a auzului și chiar surditate completă. Reflexele osteotendinoase de la membrele inferioare sînt diminuate sau chiar abolite.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, 1971.
2. Mulder D. W. : *Postgrad. Med.*, 1964, 36, 321.
3. Sehgal A. D., Gardner W. J. : *Neurology*, 1962, 12, 725.
4. Wederholt W. C., Mulder D. W., Lambert E. H. : *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.* 1964, 39, 427.

HIERTON-LINDBERG (sindromul lui) (1857) : **obliterarea arterei poplitee.**

Este un sindrom anatomoclinic caracterizat prin obliterarea arterei poplitee fără leziunea intimei sau a mediei, ci cu existența unică a unei degenerescențe chistice a adventicei, care bombează în lumenul vasului. Etiologia acestui sindrom este datorită unui microtraumatism. Se remarcă din punct de vedere clinic prin dureri la nivelul gambei respective, fenomene de claudicație intermitentă și dacă obstrucția arterială este importantă sau durează mult timp, chiar tulburări de ordin trofic.

1. Crauley J. J. și colab. : *Surgery*, 1964, 55, 57.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Wessler S. și colab. : *Circulation*, 1958, 17, 512.

Scanned with OKEN Scanner

HILDEBRAND (boala lui) : tifosul exantematic.

Tifosul exantematic este datorit Rickettsiei prowazeki, care se transmite prin dejecţiile păduchilor. Boala apare mai frecvent în climate şi anotimpuri mai reci. Boala are un caracter grav. Perioada prodromală este asemănătoare cu gripa, urmată apoi de un debut brusc cu frisoane, febră, prostraţie şi cefalee intensă. Erupţia apare între a 4-a şi a 8-a zi ; ea este maculo-papuloasă şi apoi hemoragică. Erupţia începe pe trunchi şi se extinde pe extremităţi. Respectă faţa, pielea capului, palmele şi tălpile. Bolnavii prezintă şi splenomegalie. Diagnosticul se confirmă prin inoculare la animal, fixarea complementului sau prin reacţia Weil-Felix. Complicaţiile bolii sînt : pneumonia, gangrena extremităţilor, miocardită, colaps circulator periferic şi parotidită. Evoluţia bolii de 2—3 săptămîni. Mortalitatea creşte cu vîrsta, ea variază între 10—60% din cazuri.

1. Rivers T. M., Horsfall F. L. : *Viral and Rickettsial Infections of man.* 3rd, ed. Lippincott, 1959.
2. Stimson P. M., Hodges H. L. : *A manual of commun contagious diseases.* ed. 5-a, edit. Lea and Febiger, 1956.
3. Wilcocks C. : *Trop. Dis. Bull.,* 1958, 55, 1 065.

HILGER (sindromul lui) (1949) : **carotidinia.**

Carotidinia este un sindrom clinic caracterizat prin crize dureroase cu distensia carotidei şi edem localizat în unul sau mai multe teritorii irigate de către ramurile carotidiene. Cauza o reprezintă dilatarea paroxistică a unor ramuri periferice ale arterei carotide periferice, deseori aproape de ramificarea arterei carotide comune, unde este situat ganglionul limfatic dureros. Clinic, boala se manifestă prin dureri laringiene, cu debut brusc, de obicei unilaterale, însoţite de cefalee şi dureri cervicale. Se mai observă de asemenea o durere violentă a ganglionului limfatic situat la ramificarea arterei carotide, senzaţie de obstacol şi plenitudine laringiană.

1. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology,* 5 vol., Prior, 1960.
2. Hilger J. A. : *Laryngoscope,* 1949, 59, 829.
3. Juergens J. L., Barker N. W., Hines E. A. jr. : *Circulation,* 1960, 21, 188.

Scanned with OKEN Scanner

HIMSWORTH (boala lui) : **diabetul zaharat gras ; sindromul René-Boulin.**

Este o formă clinică de diabet gras, determinată de saturarea capacității de depozitare a țesutului adipos.

1. Constam G. R. : *Schweiz. Med. Wschr.*, 1960, 90, 333.
2. McConnell J. : *Heredity in Gastroenterology.* A Review. GUT, 1960, 1, 273.
3. Volkman H. : *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

HIPPEL (boală) (1903) : **angiomatoza retiniană.**

Este o facomatoză, grup de maladii caracterizate prin malformații congenitale care ating pielea și sistemul nervos. Este o boală a vîrstei tinere ; ea poate însă să apară și la persoane mai în vîrstă. Boala se caracterizează prin leziuni vasculare (angioame), care se localizează cel mai frecvent pe retină, producînd tulburări oculare. Localizarea angiomului pe creier sau cerebel determină apariția cefaleei, a vertijelor și a ataxiei cerebeloase. Etiopatogenic s-ar părea că boala s-ar datori unor defecte de dezvoltare intrauterină, în primele luni de sarcină (1—5). Dacă, concomitent cu aceste tulburări există malformații chistice ale pancreasului, rinichilor și angioame hepatice se vorbește de boala lui Lindau.

1. Alagille D. : *Rev. Prat.* 1967, XVII, 483.
2. Golias-Makonska J. : *Klinika Oczna*, 1958, 28, 61.
3. Hippel V. : *Ophtalm. Ges.*, 1903, 199.
4. Lavignon A. : *Les livrets du médecin*, 1970, II, 8, 445.
5. Lebehov R. I. : *Vestnik oftalmologhii*, 1960, 73/6, 41.
6. Noetzel H. : *Die med. Welt.*, 1972, 23, 8, 241.
7. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie*, Masson C-ie, Paris, 1969.

HIPPEL-LINDAU (boala lui) (1926) : **angiomatoza retiniană ; angiomatoza cerebro-retiniană ; sindrom Hippel-Czermak.**

Sindromul Hippel-Lindau face parte din grupul facomatozelor, afecțiuni caracterizate prin malformații congenitale ale pielii și sistemului nervos, de obicei ereditare. Tulburările retiniene se datoresc unor angioame ale retinei. Localizarea acestor angioame la nivelul creierului sau cere-

Scanned with OKEN Scanner

belului antrenează apariția unei cefalee rebele, vertije, ataxie cerebeloasă, etc. Diagnosticul se face pe baza acestor simptome și pe examenul de fund de ochi, care arată o tumoare retiniană cu aspect de balon, cu 2 vase mult dilatate și mai tîrziu, cu dezlipire de retină. În afară de angioamele de la nivelul creierului și cerebelului se găsesc diferite displazii și tumori sub formă de chisturi în rinichi, pancreas, ovare, suprarenale, splină și hipernefrom. Aceste din urmă simptome deosebesc boala aceasta de boala lui Hippel. Prognostic defavorabil. Nu are tratament.

1. Emerit J. : *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie*. Edit. Med., Buc., 1965.
3. Hippel V. : *Ophtalm. Ges.*, 1903, 199.
4. Lindau A. : *Acta Path. Scand.*, 1926, suppl. 1–128.
5. Malek R. S., Greene L. F. : *J. Urol.* (Baltimore), 1971, 106, 6, 800–801.
6. Noetzel H. : *Die Mediz. Welt*, 1972, 23, 8, 241.

HIRSCHFELD (boala lui) : **diabetul zaharat.**

Diabetul zaharat este o boală cronică datorită unei tulburări a metabolismului hidraților de carbon, determinată de o insuficiență absolută sau relativă în insulină și caracterizată printr-o hiperglicemie și o glicozurie. Într-un ultim stadiu se adaugă la aceste simptome, tulburări importante ale metabolismului proteinelor, grăsimilor și electroliților. Ereditatea, obezitatea și factorii hormonali joacă un rol important în geneza și evoluția diabetului. Din punct de vedere histopatologic, leziunea importantă este la nivelul pancreasului, unde se găsește o degenerescență hialină a celulelor insulelor lui Langerhans. La diabeticii mai în vîrstă sînt prezente și leziuni vasculare la nivelul coronarelor, retinei, rinichiului și creierului. Polifagia, polidipsia și poliuria sînt cele trei simptome clinice ce caracterizează tabloul clinic al diabeticului. La aceste simptome se mai adaugă și cele specifice organelor lezionate în cursul bolii. Biologic, se constată hiperglicemie, hiperglicozurie, în unele cazuri prezența de corpi cetonici în urină, diminuarea rezervei alcaline, etc. Prognosticul este relativ bun. Insulina și sulfamidele hipoglicemiante constituie metode efica-

ce de tratament, determinînd o evoluţie bună a bolnavului cu diabet.

1. Alivisatos J. G., McCullagh E. P.: *Am. J. Med.*, 1956, 21, 344.
2. Danowski T. S.: *Postgrad Med.*, 1965, 37, 292.
3. Danowski T. S.: *Diabetes Mellitus. Diagnosis and Treatment.* American Diabetes Association, 1964.
4. Williams R. H.: *Diabetes.* Hoeber, 1960.

HIRSCHSPRUNG (boala lui) (1888): megacolonul congenital aganglionar.

Este o dilatare a intestinului gros asociată de obicei cu dolicocolon. Cauza acestei afecţiuni este o lipsă a celulelor nervoase ganglionare intramurale, de cele mai multe ori, în porţiunea hipoplastică a intestinului gros. Ca urmare a acestui fapt, lipsesc mişcările peristaltice, iar conţinutul intestinal se opreşte deasupra porţiunii aganglionare. Boala are caracter familial şi este mai frecventă la sexul masculin (90%) decît la cel feminin. Tabloul clinic este reprezentat de o constipaţie ce poate ţine 2—4 săptămîni, cu scaune abundente într-o singură defecaţie. Abdomenul este destins şi se observă deseori deplasări ale celorlalte viscere. La copil, pot apare tulburări ale nutriţiei şi o întîrziere în dezvoltarea psihică. De multe ori, afecţiunea ce apare în copilărie poate duce la moarte. Dacă acest lucru nu survine, atunci boala se poate ameliora treptat. Diagnosticul de precizie se bazează pe examenul radiologic. Rectoscopia arată un rect îngust şi gol. Tratamentul de elecţie constă în rezecarea segmentului aganglionar cu tragerea bontului proximal retrorectal în scopul de a se cruţa sfincterul.

1. Fairgrieve J.: *Brit. J. Surg.*, 1963, 50, 506–514.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Nixon H. H.: *Arch. Childhood*, 1964, 39, 109–115.

HIS-WERNER (boala lui): febra de tranşee; febra de Wolhinia; Skin bone fever; Quintan fever.

Boala este o infecţie rickettsiană specifică, caracterizată prin acces brusc de febră cu dureri musculare, osoase şi articulare. Boala nu este niciodată fatală. Descrisă în anul 1915, în timpul primului război mondial, ea este trans-

Scanned with OKEN Scanner

misă de păduche. Agentul etiologic este Ricket-tsia wolhynica, R. pediculi, R. quintana. Accesul febril primar începe brusc, adesea are o durată de 3—5 zile. Recrudescenţele febrile de 3—5 zile apar în aproape 50% din cazuri. Alte simptome sînt cefaleea şi nistagmus. Erupţia este relativ discretă şi fugace şi este formată din macule sau maculo-papule, care dispar la presiune şi care predomină pe torace, abdomen, membre. Prognosticul este bun; convalescenţa este foarte mult prelungită.

1. Gal'Perin E. A.: *J. Microbiol. Epidemiol. and Immunobiol.*, 1957, 28, 835.
2. McNee J. W., Brunt A., Renshaw E. H.: *Brit. Med. J.*, 1916, 1, 225.
3. Mooser H., Weyer H., Weyer F.: *Proc. Soc. Eper. Biol. and Med.*, 1953, 83, 699.

HITTMAIR (boala lui): **leucoza acută mixtă mieloido-monocitară.**

Este o proliferare malignă şi rapidă a leucocitelor monocitare. Tabloul clinic se aseamănă cu acela din leucemia acută: astenie, paloare, poliadenopatii, hepatomegalie, splenomegalie şi diateză hemoragică precoce. Este frecventă hiperplazia ţesutului gingival şi amigdalian. La nivelul măduvei osoase se observă proliferarea generalizată a celulelor originare din sistemul reticulo-histiocitar şi din mieloblaşti. În sîngele periferic se observă o hiperleucocitoză cu predominenţa monocitelor. Se pot observa două tipuri hematologice: tipul Schilling în care, pe frotiu, monocitele sînt anormale şi tipul Naegeli, în care, alături de monocite normale există în acelaşi timp şi numeroase mielocite. Se găsesc de asemenea o anemie normocromă şi o trombopenie. Evoluţia şi tratamentul bolii este acela din leucemia acută.

1. Boggs D. R., Wintrobe M., Cartwright G.: *Medicine*, 1962, 41, 163.
2. Dameshek W. şi colab.: *Blood*, 1965, 26, 220.
3. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, ed. V, Lea and Febiger, 1961.
4. Zuelzer W. W.: *Blood*, 1964, 24, 477.

HODGKIN (boala lui) (1832): **limfogranulomatoza malignă; boala lui Sternberg-Paltauf.**

Este o hiperplazie malignă a ţesutului reticu-

Scanned with OKEN Scanner

lohistiocitar, care de obicei invadează sistemul limfo-hematopoietic, însă care se poate extinde la întreg organismul uman. De etiologie incertă, boala este mai frecventă între 20—30 ani. Clinic, se caracterizează prin adenopatii cervicale superficiale, asociate sau nu cu adenopatii axilare sau mediastinale și mult mai rar, abdominale. Se mai observă spleno și hepatomegalie moderată. Tabloul clinic se mai completează și prin febră, prurit, hiperleucocitoză cu polinucleoză și eozinofilie inconstantă. Se citează și forme clinice anormale: toracice, nervoase, digestive, acute, etc. Diagnosticul se precizează prin punctie ganglionară și biopsie. Puncția ganglionară permite a se observa celulele lui Sternberg, polinucleare și eozinofile sau plasmocite. Biopsia permite a se observa o proliferare reticulară, o infiltrație granulomatoasă și o proliferare fibroasă. Evoluția se face prin pusee succesive timp de 3—10 ani, spre caşexie și moarte. Roentgenterapia, chimioterapia și chirurgia sînt mijloace paleative, care pot prelungi evoluția bolii.

1. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson C-ie, Paris, 1958.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962.
3. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
4. Hegglin R. : *Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* G. Thieme, 1963.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology.* Lea and Febiger, 1961.

HODGKIN (boala lui) : **granulomul Hodgkin.**

Este una din cele trei forme în care a fost clasificată limfogranulomatoza malignă, boala lui Hodgkin-Sternberg. Este cea mai frecventă formă de limfogranulomatoză, întîlnindu-se la circa 90% din cazuri. Vezi boala lui Hodgkin-Sternberg.

1. Aisenberg A. C. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 508.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
3. Laugier A., Schlienger M., Le Fur R. : *Conc. Méd.*, 1966, 88, 5 391.
4. Mathé G. : *Conc. Méd.*, 1967, 89, 6 959.
5. Rubin P. : *J.A.M.A.*, 1964, 190, 910.

Scanned with OKEN Scanner

6. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, Ed. V. Lea and Febiger, 1961.

HODGKIN (boala lui): **sarcomul malign Hodgkin.** **Este o formă de limfogranulomatoză, întîlnită mai rar la vîrsta copilăriei, însă mai frecventă ulterior, cu evoluție relativ rapidă și invadare ganglionară multifocală. Vezi boala Hodgkin-Sternberg.**

1. De Gruchy G. C.: *Clinical Haematology in Medical Practice*. 2nd. Ed. Blackwell, 1964.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Med. Buc., 1965.
3. Kaplan H. S.: *Cancer*, 1966, 19, 356–367.
4. Nickson J. J., Hutchinson G. B.: *The amer. J. Roentg., Rad. Therap. and Nuclear Med.*, 1972, 114, 3, 564.
5. Rubin P.: *J.A.M.A.*, 1965, 191, 25–32.

HODGKIN (boala lui): **paragranulomul Hodgkin.** **Este o formă de limfogranulomatoză malignă (boala lui Hodgkin-Sternberg), cu evoluție lentă, în care invadarea ganglionară se face numai la nivelul ganglionilor cervicali sau și a ganglionilor mediastinali (vezi boala lui Hodgkin-Sternberg).**

1. Aisenberg A. C.: *New England J. Med.*, 1964, 270, 508.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Med. Buc., 1965.
3. Kaplan H. S.: *Cancer*, 1966, 19, 356.
4. Kellerhouse L. E., Limarzi L. R.: *M. Chir. North America*, 1965, 49, 203.

HOFFA (boala lui): **lipomul arborescent al sinovialei genunchiului; lipomatoza dureroasă pararotuliană.**

Este o inflamație cu caracter cronic a țesutului adipos subsinovial din articulația genunchiului. Se caracterizează prin impotență funcțională moderată, hiperplazia și scleroza acestui țesut.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Neumeyer G.: *Orthopädie*, 1948, 58.
4. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*. Masson, 1949.

Scanned with OKEN Scanner

HOFFMAN (boala lui) : **amiotrofia neurală progresivă Hoffman de tip peroneal.**

Este o boală eredodegenerativă care se limitează, în special, la nervii periferici. Tabloul clinic se caracterizează printr-o atrofie progresivă a mușchilor gambei, în special mușchii peronieri. Din această cauză mersul este stepat. Boala poate determina și prinderea altor grupe musculare de la brațe și mîini. Din cauza atrofiei mușchilor gambei și hipertrofia celor ai coapselor, apare aspectul de picioare de barză. Evoluția bolii este foarte lentă ; în unele cazuri, ea poate rămîne staționară.

1. Askanazy M. : *Arch. Klin. Med.*, 1898, 61, 118.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med. Buc., 1965.
3. Levrat M., Brette R. : *Presse Méd.*, Paris, 1948, 56, 530.
4. Struppler A. : *Myopathien*, Stuttgart. G. Thieme, 1965.
5. Tschabischer H. : *Zwanzigte Öst. Arztetagung.* Wien, VanSwieten-Kongress, okt., 1966.
6. Weingarten Klara : *Zwanzigte Öst. Arztetagung.* Wien. VanSwieten Kongress, 17 okt. — 22 okt. 1966.

HOFFMANN (boala lui) (1953) : **pata congenitală a lui Hoffmann.**

Este o dermatoză ce se caracterizează clinic prin existența pe suprafața pilcasă a pielii capului a unor focare limitate, cu diametru de cîțiva centimetri, în care părul este mai subțire, este răsucit în spirală, este creț, crește pe pielea neregulată, ridată și de culoare mai închisă. Evoluția este cronică. Starea generală nu este alterată.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, edit., 1956.
3. Hoffmann E. : *Dermatologica* (Basel), 1953, 107, 281.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* Mosby, 1956.

HOFFMANN-HABERMANN (boala lui) (1918) : **melanodermita toxică ; hiperpigmentoza toxică.**

Este o melanodermie determinată de contactul

Scanned with OKEN Scanner

tegumentelor cu gudron sau cu hidrocarburi, ce apare mai ales la muncitorii expuși la contactul cu uleiuri de ungere. Pigmentația difuză se localizează de obicei la antebrațe, gît și se întovărășește de descuamație și hiperkeratoză foliculară (elaiokonioză ; buton de ulei). După dispariția fenomenelor inflamatoare apare o hiperpigmentație reticulară, simetrică, la care se asociază cornificarea orificiilor foliculilor piloși și erupție veziculară pe fața dorsală a mîinilor. Evoluția bolii este cronică. În tot timpul bolii, starea generală a bolnavului este bună.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V. Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine edit. Paris, 1956.
3. Jablonska S. : *Przegl. Dermat.*, 1949, 36, 45.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.* Mosby, 1956.

HOFFMANN-BOUVERET (sindromul lui) : tahicardia paroxistică ; sindromul sau boala lui Bouveret (vezi).

HOFFMANN-LUKASIEWICZ (boala lui) : perifoliculita pielii capului abcedantă și disecantă ; acneea conglobată Lang.

Este o dermatoză care se manifestă clinic printr-o inflamație perifoliculară, purulentă a pielii păroase a capului. Această inflamație determinată de o infecție cu stafilococul auriu sau cu streptococ este favorizată de o hipovitaminoză (vit. D) sau de o stare alergică față de streptococ. Boala se manifestă local prin elemente perifoliculare, care ulcerîndu-se se transformă în microabcese fistuloase. Afecțiunea aceasta este localizată cel mai frecvent în regiunea occipitală și pe fața posterioară a gîtului. Uneori, perifoliculita poate fi întîlnită și în regiunea fesieră și perianală. Boala trebuie diferențiată de acneea flegmonoasă conglobată. Tratamentul este simptomatic și prin administrare de antibiotice.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Goldschlag F. : *Prezgl. Derm.*, 1932, 32, 458.
3. Lukasiewicz Q. W. : *Arch. Dermat.*, 1891, 57.

Scanned with OKEN Scanner

4. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine*, W. B. Saunders, 1961.

HOFFMANN-ZUCCHELLI (boala lui) : **pata congenitală ; nevus lipomatos.**

Este o dermatoză ce se manifestă clinic printr-o aglomerare de noduli şi papule care proemină cu cîţiva milimetri deasupra nivelului tegumentelor, cu un diametru de cîţiva centimetri, de culoare gălbuie şi nedureroşi. Se crede că celulele de la aceste papule au fost înlocuite de celule adipoase. Starea generală este bună, evoluţia lentă şi fără degenerare malignă ; nu are tratament.

1. Blumenthal F. : *Arch. Derm. Syph.* (Berlin), 1955, 72, 297.
2. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1957.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

HOLDA (boala lui) : **formă clinică de icter hemolitic epidemic.**

Este o formă clinică de icter hemolitic, care survine în epidemii şi care, din punct de vedere clinic şi al testelor de laborator, se calchează exact pe simptomatologia icterului hemolitic congenital sau cîştigat. Prognosticul quad vitam favorabil.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Lester R., Schmid R. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 779.
3. Sherlock S. : *Brit. Med. J.*, 1962, 1, 1 359.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*. Lea and Febiger, 1961.
5. Zimmermann H. J., West M. : *Am. J. Gastroenterology*, 1963, 40, 387.

HODGKIN-CORRIGAN (sindromul lui) : **insuficienţa valvulelor semilunare ale aortei (posttraumatică).**

Este o denumire introdusă încă din secolul al XIX-lea de Trousseau pentru a diferenţia, de alte boli ale valvulelor semilunare, insuficienţa posttraumatică a acestor valvule. Terminologia de mai sus, este ieşită în prezent din uz.

Scanned with OKEN Scanner

1. Acker U. T. și colab. : *Circulation*, 1964, 29, 34.
2. Bristow J. D. și colab. : *Circulation*, suppl. I, 1965, 1–67.
3. Gorlin R. și colab. : *Am. J. Med.*, 1955, 18, 855.
4. Segal J., Harvey P., Hufnagel C. : *Am. J. Med.*, 1956, 21, 200.

HODGSON (boala lui) : **insuficiența aortică de origine arterială.**

Este o insuficiență a orificiului valvular sigmoidian aortic, determinată de extinderea procesului patologic de la aortă la sigmoide. Marginea liberă și fața aortică a sigmoidelor prezintă leziuni de ateromatoză cu calcificări. Leziunea este dezvoltată mai ales la nivelul aortei. Ventriculul stîng este mărit de volum prin dilatație hipertrofică. Insuficiența aortică de natură luetică apare mai frecvent înainte de 40 ani ; după această vîrstă, etiologia ateromatoasă se situează pe primul plan. Tabloul clinic al bolii lui Hodgson diferă de cel al bolii lui Corrigan, datorită leziunilor arteriale difuze din această boală. Suflul diastolic este mai aspru și se asociază cu un clangor în focarul aortei sau cu un suflu sistolic, indicînd o aortită, care însoțește insuficiența valvulară. Semnele vasculare sînt mai puțin caracteristice. Nu există pulsul săltăreț și depresibil. Arterele sînt indurate, tensiunea arterială maximă și minimă, crescute. Prognosticul este mai puțin favorabil decît în insuficiența aortică endocardică Corrigan. În scurtă vreme, apar tulburările funcționale cu dispnee, crize de astm cardiac, angină pectorală, edem pulmonar acut. Tratamentul constă din administrare de cardiotonice și medicație antispecifică.

1. Acker U. T. și colab. : *Circulation*, 1964, 29, 34.
2. Gorlin R. și colab. : *Amer. J. Med.*, 1955, 18, 855.
3. Morrow A. G., Brawlwy R. K., Braunwald E. : *Circulation*, suppl., 1965, 1, 1–80.
4. Segal J., Harvey P., Hufnagel C. : *Am. J. Med.*, 1956, 21, 200.
5. Teodorescu B. : *Cardiologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1968.

HOEWE (boala lui van der) (1916) : **osteopsatiroza ; sindromul Eddowes ; sindromul Adair-Dighton ; osteopsatiroza lui Lobstein ; sindromul proteine-**

Scanned with OKEN Scanner

lor albastre; friabilitatea osoasă a lui Barr-Stephenson-Hermann.

Este un defect congenital în osificarea periostală a oaselor lungi. Există o formă dominantă și una recesivă. Tabloul clinic se caracterizează prin fracturi multiple ce survin după naștere. Creșterea longitudinală este practic normală, însă diafizele osoase nu se dezvoltă deloc. Sclroticele sînt albastre. Examenul radiologic pune în evidență îngustarea diafizelor, care sînt normal calcificate. Regiunile epifizare au o dezvoltare normală. Formele clinice ale acestei maladii sînt: osteopsatiroza asociată cu otoscleroză și alte malformații (boala lui Apert) și sindromul lui Blegvald-Haxthausen, care pe lîngă simptomele de mai sus, prezintă și o pigmentare cutanată. Tratamentul este asemănător cu cel din osteoporoză.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Editura Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C.: *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Scient. Franc, Paris, 1966.
3. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Edit. Masson C-ie, 1963.
4. Majewski K. W.: *Klinica Oczna*, 1933, 11, 155.
5. Russu G., Goldenberg N., Ilarion F., Botez T.: *Com. USSM-Iași*, 3/VII, 1, 1951.

HOFSTÄTTER-CULEN-HELENDAHL (sindromul lui): **ombilicul albastru.**

Este o afecțiune prezentă la noul născut, care se caracterizează printr-o colorație albastră a tegumentelor din regiunea abdominală. Acest sindrom este determinat de existența unor hemoragii subcutanate și transvazării lichidului sanguinolent din cavitatea abdominală. Deseori, acest fenomen apare și în cazurile însoțite de persistența vaselor ombilicale sau, existența în cavitatea peritoneală, de sînge. Sindromul apare destul de rar. Se observă în sarcina extrauterină, în caz de torsionarea pediculului unui chist sau existenței de lichid în cavitatea peritoneală.

1. Keller T.: *Lehrbuch der Geburtshilfe*. Basel, 1948.
2. Martius H.: *Lehrbuch der Gynekologie*, Stuttgart, 1956.
3. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie*, München-Berlin, 1951.

Scanned with OKEN Scanner

4. Lacome M. : *Pratique obstetricale*, t. I-II, Masson C-ie, Paris, 1960.

HOLMES (boala lui) : **atrofia olivo-cerebeloasă.**

Atrofia olivo-cerebeloasă este o varietate de ataxie cerebeloasă, asemănătoare cu sindromul lui Déjérine-Thomas, determinată de atrofia și demielinizarea cu reacție glială a cerebelului și a olivelor. Etiologia poate fi luetică sau alcoolică. Se manifestă clinic printr-o ataxie cerebeloasă ce debutează la membrele inferioare, tulburări de micțiune, hipotonie musculară fără atrofie, semnul lui Babinski pozitiv. Reflexele osteo-tendinoase sînt normale. Ulterior, în majoritatea cazurilor, se instalează o stare demențială sau un sindrom extrapiramidal. Boala are o evoluție relativ lungă. Moartea survine după cîțiva ani printr-o afecțiune intercurentă.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed., Oxford, 1964.
2. Grinker R. C., Bucy P. C., Sachs A. L. : *Neurology*, Ed. V. Thomas, 1960.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, Buc., 1957.
4. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, Ed. III-a. Lea and Febiger, 1963.
5. Șoflete A. : *Neurologia clinică*. Edit. medicală Buc., 1967.

HOLTER-WIEDEMANS (sindromul lui) (1958) : **malformația lui Holter-Wiedemans.**

Este o anomalie de origine ereditară determinată de influența unor noxe exogene, în primele săptămîni ale sarcinii, caracterizată printr-o deformație a craniului, cunoscută sub denumirea clasică de „cap în formă de treflă", hidrocefalie și diferite malformații ale masivului facial și al maxilarului.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie*. Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles*. Edit. Expans. Scient. Franc., Paris, 1966.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes*. Birth defects. Original Articles series, 1969, 5, 2, 65.
4. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck*. McGraw-Hill, Ed. New York, 1967.

HOLT-ORAM (sindromul lui) (1960) : **cardiopatia cu malformații scheletice.**

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul descris de Holt și Oram, este o afecțiune ereditară familială în care sînt asociate afecțiuni cardiace congenitale (anomalii ale conducerii, shunturi, hipertensiune pulmonară) și anomalii ale scheletului membrului superior. Anomaliile osoase cu cea mai mare frecvență sînt cele scapulo-humorale (omoplat în rotație, lipsa apofizei coracoide cu oscior accesoriu, diastasis coraco-clavicular, humerus valgus cu mic cap), apoi, scurtarea falangei mijlocii a auricularului, anomalii carpiene, epicondil proeminent, etc. Sindromul este transmis după modul dominant. Expresivitatea sa este foarte variabilă în ceea ce privește malformațiile membrelor superioare, variind de la o ușoară deformare a degetului mare pînă la focomelie. În unele familii există o disociație între manifestările cardiace și scheletice, adică, unii indivizi au numai o cardiopatie, alții, numai o anomalie a membrului superior.

1. Antia A. U.: *Brit. Heart J.*, 1970, 32, 241.
2. Emerit J.: *Vie médicale*, 1973, 1, 21.
3. Holt M., Oram S.: *Brit. Med. J.*, 1960, 22, 236.
4. Poznanski A. K., Gall J. C., Stern A. M.: *Radiology*, 1970, 94, 1, 45–53.

HOLZEL (sindromul lui): sindromul intoleranței față de dizaharide, forma benignă fără lactozurie.

Sindromul lui Holzel reprezintă forma benignă, fără lactozurie, a intoleranței față de dizaharide, afecțiune cunoscută de multă vreme la sugari cu termenul de: intoleranță față de lapte. Sindromul se datorește unui deficit parțial sau total de dizaharidaze. El poate fi primar, evoluînd ca boală autonomă, sau secundar. Carența secundară se întîlnește cel mai frecvent la adulți. Carența ereditară este mai obișnuit întîlnită la nou-născuți. Se manifestă clinic prin dureri colicative intestinale, borborisme, balonări și diarei, care apar precoce după ingerarea alimentului cu conținut în dizaharidul corespunzător enzimei deficitare. Diagnosticul se bazează pe anamneză și pe testul de încărcare cu dizaharidul incriminat. Tratamentul eficace constă din excluderea sau reducerea aportului de dizaharide față de care există intoleranță.

1. Auricchio S., Prader A., Mürset G., Witt G.: *Helv. Paediatr. Acta*, 1961, 16, 483.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fodor O. : *Tratat elementar de medicină internă.* Vol. II, Edit. Dacia, Cluj, 1973.
3. Girard P. : *Absorption et malabsorption du lactose.* Ed. Huber, Bern, 1965.
4. Haemmerli U. P. : *Münch. Med. Wschr.*, 1966, 1, 14.
5. Nicolaescu T., Stoiculescu P., Bittmon E., Schiau S., Stoenescu R., Oană Al. : *Congres. Union Physiol. Sciences.* Brașov, 1970, 461.
6. Prader A., Auricchio S., Mürset G. : *Schweiz. Med. Wschr.*, 1961, 91, 465.

HOLZKNECHT-JACKOBSON (sindromul lui) : **periarterita nodoasă ; poliarterita ; boala lui Kussmaul-Meier.**

Este un sindrom inflamator neinfecțios, cu etiologie necunoscută (probabil colagenoză), cu manifestări variate determinate de afectarea mai multor sisteme, caracterizat prin inflamația segmentară și necroza arterelor mici și medii și cu formarea consecutivă de granuloame. Leziunile de mai sus se produc cel mai frecvent pe vasele renale, mușchi, nervii periferici, inimă, tubul digestiv, ficat, etc. Histopatologic, se constată necroze, modificări fibroase, infiltrații leucocitare cu sau fără etiologie. Biopsia zonelor dureroase pune în evidență o arterită necrozantă. Se pare că o anumită sensibilitate la medicamente ar putea determina apariția bolii. Tabloul clinic se manifestă prin slăbiciune, stare de rău, febră, scădere în greutate, hipertensiune arterială, mioartralgii, nevrită periferică, crize de astm, dureri abdominale, hematemeză, melenă, etc. Pe tegumente pot să apară erupții papuloase, purpură, vezicule, bule sau noduli subcutanați periarteriali. Biologic, boala se caracterizează prin proteinurie, hematurie, hiperglobulinemie, leucocitoză, eozinofilie și viteza de sedimentare a hematiilor, crescută. Boala are o evoluție fulminantă cu exitus în cîteva luni. Remisiunea este imprevizibilă. Corticoterapia poate ameliora evoluția și prelungi viața bolnavilor.

1. Alarcón-Segovia D., Brown A. L. jr. : *Mayo Clin. Proc.*, 1964, 39, 205.
2. Gardner D. L. : *Pathology of connective tissue diseases.* Williams and Wilkins, 1965.
3. Kampmeier R. H. : *Arch. Int. Med.*, 1960, 106, 753.

Scanned with OKEN Scanner

4. Nuzum J. W. jr., Nuzum J. W. sr. : *Arch. Int. Med.*, 1954, 94, 942.
5. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases.* Grune and Stratton, 1956.

HOMEN (sindromul lui) (1890) : **degenerescenţa hepato-lenticulară progresivă ; boala lui Wilson.**

Este o boală familială caracterizată prin leziuni ale nucleilor lenticulari cu atetoză, rîs spasmodic, tremurături şi o ciroză a ficatului. Este o boală destul de rară, care apare mai frecvent între 15—25 ani. Histopatologic, boala se caracterizează printr-un proces degenerativ al nucleilor lenticulari din creier, mai ales în putamen şi mai rar, al nucleului palid. Se observă de asemenea o proliferare glială şi astrocite gigante. În creier, se găseşte o cantitate crescută de ceruloplasmină. Ficatul prezintă leziuni cirotice. Tabloul clinic se manifestă prin mers nesigur, vertij, amnezie, vorbire estompată, demenţă lent progresivă, rigiditate musculară, mai ales la nivelul membrelor inferioare. Icterul, ascita şi hematemeza pot traduce clinic leziunile de ciroză hepatică. Patognomonic este inelul lui Kayser-Fleischer, care înconjoară de multe ori corneea. Bolnavii prezintă testele funcţionale hepatice alterate şi aminoacidurie persistentă. Evoluţia este de cîţiva ani. Prognosticul este foarte sever. Nu are tratament specific.

1. Denny-Brown D. : *New England J. Med.*, 1964, 270, 1 149.
2. Hegglin R. : *Diagnosticul diferenţial al bolilor interne.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1969.
3. Sternlieb J., Scheinberg J. H. : *J.A.M.A.*, 1963, 183, 747.
4. Walshe J. M. : *Lancet*, 1960, 1, 188–192.
5. Walshe F. M. R. : *Diseases of the nervous system.* Ed. X, Williams and Wilkins, 1963.

HONE (boală) (1922) : **rickettsioza endemică murină; tifosul exantematic benign ; tifosul murin ; tifosul de purici ; tifosul mexican ; tifosul malaez de oraş ; tifosul manciurian ; boala lui Maxcy.**

Este o boală infecţioasă acută a şobolanului, care, ocazional, este transmisă omului. Se datoreşte rickettsiei mooseri, agent patogen, care se deosebeşte de Rickettsia prowazeki numai din punct de vedere serologic. Boala este endemică în America Centrală şi există de asemenea în

Scanned with OKEN Scanner

Europa, Africa de Nord și Asia. Boala se transmite la om prin puricele șobolanului (xenopsylla cheopis). Tabloul clinic este asemănător cu acel al tifosului exantematic, cu singura deosebire că toate simptomele sînt cu mult atenuate. Ele persistă 3 săptămîni, după care regresează spontan. Complicațiile sînt rare, în afară de hemoragii. Prognosticul este bun ; boala are tendință de vindecare spontană. Numai 10% din cazurile netratate sînt mortale.

1. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*. Edit. Medicală, București, 1969.
2. Höring F. O. : *Exotische Krankheiten und Krankheitsverläufe*. Thieme, Stuttgart, 1950.
3. Pratt H. D. : *Ann. New York Acad. Med.*, 1958, 70, 516.
4. Rivers T. M., Horsfall F. L. : *Viral and Rickettsial Infections in Man*. Ed. 3rd, Lippincott, 1959.
5. Wilcocks C. : *Trop. Dis. Bull.*, 1958, 55, 1 065.

HOPF (boala lui) (1930) : **acrokeratoza veruciformă a mîinilor și picioarelor.**

Este o dermatoză cu debut în copilărie, care reprezintă o formă clinică a nevului epitelial indurat. Din punct de vedere clinic se manifestă sub forma unor papule hiperkeratozice proeminente cu dispoziție liniară. Locul de predilecție al acestor leziuni este suprafața cutanată a feței dorsale a mîinilor și picioarelor. Etiologia este neclară. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V. Saunders, 1963.
2. Niedelman M. L. : *Arch. Dermat. Syph.*, 1947, 56, 48.
3. Sulzberger M. B., Wolf J., Witten V. H. : *Dermatology : Diagnosis and treatement*. Year Book, 1961.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*. Ed. XI, Mosby, 1956.

HORNIBROOK-NELSON (sindromul lui) (1940) : **forma pulmonară a bolii lui Derrick (febra Q) ; Query-fever.**

Este o boală infecțioasă acută, care se întovărășește totdeauna de o pneumonie și este cauzată de o rickettsioză „Rickettsia burneti". Infecția se produce prin manipularea cărnii, prin inhalare de praf, ingestia de lapte contaminat sau prin intermediul unei insecte (haemphysalis hu-

merosa). Incubația durează 2—3 săptămîni. Simptomele clinice în sindromul Hornibrook-Nelson se cantonează numai la nivelul pulmonului, unde determină o pneumonie cu focare multiple, ce apare între a 4—6-a zi de boală. Se manifestă prin tuse moderată, uneori uscată și dureri toracice. Semnele stetacustice sînt discrete. Examenul radiologic pune în evidență infiltrații pulmonare asemănătoare cu acele din pneumoniile virotice. Histopatologic, boala se caracterizează prin prezența unei exsudații alveolare, care conține limfocite, plasmocite și mari mononucleare. Țesutul interstițial al pulmonului este infiltrat de aceste elemente. Evoluția este benignă. Convalescența este lungă, lăsînd în urma bolii, perioade prelungite de astenie marcată. Tratamentul specific constă în cloramfenicol și tetraciclină.

1. Galacher W. H.: *J.A.M.A.*, 1961, 177, 187.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Luoto L., Pickens E. G.: *Am. J. Hyg.*, 1961, 74, 43.
4. Robson S. O., Shimmin C. D. L.: *Brit. Med. J.*, 1959, 2, 980.

HORTON (boala lui) (1932): **arterita temporală; arterita lui Horton-Magath și Brown; panarterita trombozantă cu celule gigante.**

Arterita temporală este o afecțiune subacută tipică vîrstei senile, descrisă de Horton în 1932. Boala interesează de preferință arterele temporale superficiale, unde are loc un proces inflamator subacut. Se pot produce leziuni și la nivelul altor sectoare vasculare și îndeosebi la nivelul arterei cartotide externe. Boala se însoțește de o cefalee importantă, de obicei unilaterală, cu sediu peritemporal de o intensitate uneori foarte mare — insuportabilă. Local, se remarcă o tumefiere dureroasă a arterei temporale. Leziunea histopatologică caracteristică este constituită din prezența în media arterei temporale a numeroase celule gigante. De aici derivă și denumirea de arterită granulomatoasă sau arterită giganto-celulară. Diagnosticul se bazează pe tabloul clinic caracteristic și biopsia arterei temporale. În afară de artera temporală, mai

Scanned with OKEN Scanner

poate fi interesată și artera oftalmică, fapt ce determină o cecitate definitivă uni sau bilaterală. Arterele coronare, renale și cerebrale pot suferi aceeași modificare. Boala are o evoluție spontan rezolutivă în 6 luni pînă la 2 ani. În alte cazuri, evoluția este mai severă. Corticoterapia caută să prevină aceste complicații. Ea are uneori o influență foarte mare; alteori, limitată sau nulă.

1. Graveleau J.: *Rev. Prat.*, 1968, XVIII, 2 725.
2. Héraud G., De Kerblay J.: *Conc. Méd.*, 1972, 94, 6 605.
3. Horton B. T., Magath T. B., Brown G. E.: *Arch. Intern. Med.*, 1934, 53, 400.
4. Russu G., Mardare G., Mihail E., Cojocaru El.: *Rev. Medico-Chirur.* 3, 1957.
5. Saraux H., Biais B.: *Précis d'ophtalmologie.* Masson C-ie, 1969.
6. Siguier F.: *Maladies vedettes.* Masson C-ie, 1957.

HORTON (sindromul lui) (1952): **cefaleea histaminică; cefaleea sinucigașă.**

Sindromul lui Horton, cefaleea histaminică, este un acces migrenos de scurtă durată însoțit de lăcrimare și rinoree unilaterală, determinată de o cantitate crescută de histamină în sînge și țesuturi. Cefaleea interesează zona orbitară, iradiind frecvent spre regiunea temporală, nas, maxilarul superior și gît. Crizele tipice pot fi declanșate prin injectare de cantități mici de fosfat de histamină. Crizele apar mai frecvent în timpul somnului. Simptomele bolii sînt declanșate probabil de o dilatare bruscă și accentuată a arterei carotide externe. Criza poate fi prevenită prin administrare de maleat de metisergid (UML 491, Sansert).

1. Baufle P.: *Les grands syndromes.* Paris, 1946.
2. Brainerd H., Margen S., Chatton M.: *Current Diagnosis and Treatment.* Lange Medical Publish. Los Altos, Calif., 1967.
3. Robinson B. M.: *Medicine*, 1958, 37, 161.
4. Ryan R. E.: *Eye, Ear, Nose and Throat Month.*, 1965, 44, 61.

HOUSE-CARREY (sindromul lui): **intoxicația prin abuz de vasoconstrictoare.**

Este un sindrom determinat de administrarea abuzivă de vasoconstrictoare pe bază de efedrină

Scanned with OKEN Scanner

sau naftazolină pe mucoasa olfactivă. Se observă la indivizii care suferă de rinită alergică, rinofaringită și astm bronșic cu spină iritativă rinofaringiană. Simptomatologia clinică se manifestă prin bradicardie și bradipnee. Prognostic bun. Sindromul poate dispare după încetarea administrării vasoconstrictoare.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of otolaryngology.* 3rd. Ed. Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology,* 5 vol. Prior, 1960.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Leiber B., Olbrich G. : *Die Klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
5. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie.* Edit. Doin-Doren, Paris, 1970.

HUCHARD (boala lui) : **arterioscleroza.**

Ateroscleroza sau arterioscleroza este o indurare, îngroșare și pierdere a elasticității arterelor, determinată, în general, de scleroza intimei arteriale și depunerea de substanțe lipoidice. La examenul macroscopic, arterele sînt îngroșate și indurate, prezentînd plăci ateromatoase de culoare gălbuie, perlată, care se infiltrează în intimă. Microscopic, leziunea începe prin depunerea de colesterol în straturile profunde ale intimei. Această depunere se înconjoară de o reacție fibroasă care se extinde progresiv spre suprafață. Stratul musculos este atrofic la nivelul plăcii ateromatoase. Etiologia este nesigură. Mai mulți factori par a facilita apariția arteriosclerozei : tulburările metabolismului colesterolului, hipertensiunea arterială, factorii ereditari și etnici și modul de viață. Simptomatologia clinică a arteriosclerozei se caracterizează printr-un polimorfism din cauza distribuirii segmentare și locale a procesului morbid arterial. Astfel, unele artere pot fi mai grav atinse (coronarele, vasele cerebrale) în timp ce altele sînt relativ normale. Complicațiile arteriosclerozei sînt numeroase : accidente vasculare cerebrale, infarct de miocard, angină pectorală, ocluzie arterială periferică, anevrisme, arterioscleroză renală, etc. Prognostic destul de sever. Tratamentul este simptomatic, profilactic, dietetic și prin administrare de agenți lipotropici.

Scanned with OKEN Scanner

1. Abramson D. J. : *Diagnosis and treatment of peripheral vascular disorders.* Hoeber, 1956.
2. Allen E. V., Barker N. W., Hines E. A. jr. : *Peripheral vascular diseases.* 3rd. Ed. W. B. Saunders, 1962.
3. Barrett A. J., Fraser J. R. E. : *Peripheral Vascular Disease.* Melbourne Univ. Press., 1955.
4. Teodorescu B. : *Cardiologia,* vol. I–II. Edit. Med. Buc., 1960.

HUET (sindromul lui) : **sindromul hepato-ovarian.**

În cursul hiperfoliculiniei, mai ales celei postpubertare, excesul de oestrogeni poate produce pe de o parte fenomene neuro-vegetative și pe de altă parte fenomene congestive și hemoragice, cît și tumori ale ovarelor. În hiperfoliculiniile postpubertare pot să apară și reacții congestive sau diskinetice veziculare. Aceste tulburări se manifestă cu deosebită intensitate în perioada premenstruală. Complexul simptomatologic este cunoscut sub denumirea de sindromul hepato-ovarian al lui Huet.

1. Colcock B. P., McManus J. E. : *Surg. Gynec. Obst.,* 1955, 101, 161.
2. Martius H. : *Lehrbuch der Gynekologie,* Stuttgart, 1956.
3. Schiff L. : *Diseases of the liver.* 2nd. Ed. Lippincott, 1963.
4. Sherlock S. : *Diseases of the liver and billiary system.* 3rd. Ed. Thomas, 1963.

HUGHLINGS-JACKSON (sindromul lui) : **hemiplegia spallo-faringo-glosso-laringee.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

HUGUIER (boala lui) : **fibromatoza uterină.**

Fibromiomul este tumoarea cea mai frecventă a tractusului genital feminin. Este o tumoare uterină discretă, benignă, rotundă, fermă, constituită din mușchi netezi și țesut conjunctiv. Se manifestă prin mărirea neregulată a uterului, metroragie, hipermenoree, dismenoree și uneori leucoree, durere pelvină acută și recurentă în timpul torsionării pe pedicul. Pe lîngă aceste simptome se mai observă uneori și tulburări determinate de compresiunea pe organele vecine. Examenul radiologic pune în evidență uneori o calcificare

Scanned with OKEN Scanner

a mioamelor degenerate. Histerografia poate pune în evidență o tumoare cervicală sau submucoasă. Tratamentul este chirurgical.

1. Benson R. C. : *Handbook of obstetrics and gynecology*. 2nd. Ed. Lange, 1966.
2. Greenhill J. P. : *Obstetrics*, Ed. 13. W. B. Saunders, 1965.
3. Martius H. : *Lehrbuch der Gynekologie*, Stuttgart, 1956.
4. Maye C. H. : *J. Internat. Coll. Surgeons*, 1964, 41, 167.
5. Montague A. C. W., Schwartz D. P., Woodruff J. D. : *Am. J. Obstr. and Gynec.*, 1965, 92, 421.

HUCKABEE (sindromul lui) : **hiperlactacidemia.**

Sindromul lui Huckabee se datorește unei hiperlactacidemii. Această hiperlactacidemie se poate produce proporțional cu creșterea valorii acidului piruvic : hiperlactacidemia benignă tip I a lui Huckabee (prin glucoză sau glicogenoliză accelerată) sau prin creșterea raportului Lactat/piruvat : tipul II de sindrom Huckabee (prin hipoxii tisulare profunde) : infarct miocardic întins, șoc endotoxinic, insuficiență respiratorie acută. Boala se manifestă prin torpoare, respirație acidotică, hipotensiune, hipotermie și anurie. Ionograma pune în evidență „gaura anionică", diferența dintre suma Na + K și cei trei anioni (clorul, bicarbonații și proteinele). Gaura este înlocuită de ionul de acid lactic, care de la 1 mEq/l, crește pînă la 7 mEq/l. Corecția acidozei metabolice se face prin suspendarea terapeuticii cu antidiabetice orale (phenoformina), administrarea de bicarbonat de sodiu, THAM, epurația extrarenală, etc.

1. Bertrand C. M. : *Presse méd.*, 1970, 78, 1, 13.
2. Proctor D. W., Stewers J. M. : *Brit. Med. J.*, 1967, 4, 216.
3. Traquada R E., Grant W. J., Petersen C. R. : *Arch. Int. Med.*, 1966, 117, 192.

HUGULEY (sindromul lui) : **oroticaciduria.**

Este un sindrom descris în anul 1959, ce se caracterizează printr-un defect al căii de sinteză a pirimidinei, situat între acidul orotic și acidul uridilic datorită scăderii orotidilic-fosforilazei cît și orolidic-decarboxilazei. Clinic, boala extrem de rar întîlnită, se manifestă prin anemie gravă, cu eritrocite hipocrome și o măduvă megaloblastică,

Scanned with OKEN Scanner

care nu răspunde la terapeutica cu vitamina B_{12}, acid folic, fier sau acid ascorbic. În urină se găsesc cantități foarte mari de acid orotic.

1. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of metabolism.* Ed. V-a, Saunders, 1964.
2. Huguley C. M. jr., Bain J. A., Rivers S., Scaggins R. : *Blood*, 1959, 14, 615.
3. Smith L. H., Sullivan M., Huguley C. M. jr. : *J. Clin. Invest.*, 1961, 40, 656.

HUÈT (boala lui) (1930) : **anomalia lui Huët ; anomalia Pelger-Huët (vezi).**

HÜNERMANN (sindromul lui) : **condrodistrofia congenitală calcifiantă ; sindromul Conradi-Hünermann (vezi).**

HUNNER (boala lui) : **cistita interstițială ; ulcerul lui Hunner ; ulcerația cronică a vezicii urinare.**

Este o infiltrație a peretelui vezical, secundară unui focar infecțios. Boala apare fără vreo cauză aparentă. Clinic, se manifestă prin dureri vii la nivelul vezicii, ce apar mai ales la femeia în vîrstă, în momentul plenitudinii ei. Durerea cedează cînd se golește vezica. Tratamentul constă din electrocoagulare, spălături cu nitrat de argint 1/10000.

1. Colby F. H. : *Essential Urology*, Ed. IV, Williams and Wilkins, 1961.
2. Hamm F. C., Weinberg S. R., *Urology in medical practice*, Ed. II. Lippincott, 1962.
3. Smith D. R. : *General Urology*, Ed. V, Lange, 1966.

HUNT (boala lui) : **paralizia agitantă juvenilă.**

Este o afecțiune neurologică eredo-degenerativă determinată de lezionarea nucleilor de la bază, în mod selectiv, celulele mari ale nucleului lenticular. Simptomul cel mai caracteristic al acestei boli este tremurătura, care de obicei se limitează la o singură extremitate. Ulterior, se instalează disartria, rigiditatea. Evoluția acestei boli este foarte lentă. Nu există tratament specific, ci numai simptomatic.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. Ed. Oxford, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, 1965.
4. Wechsler J. S.: *A textbook of Clinical Neurology,* Ed. IX, Saunders, 1963.

HUNT (sindromul lui) (1907): **otita herpetică; herpesul zoster otic; ganglionita geniculată; zona facială.**

Este o afecțiune determinată de inflamația ganglionului geniculat în urma unei infecții virotice. Boala debutează cu sindrom Ménière, cu cefalee și otalgie unilaterală, precum și cu un herpes al pavilionului urechii și al conductului auditiv extern. Pe lîngă aceste simptome se mai pot observa paralizii ale nervului facial, hipoacuzie, vertije și vîjîituri în urechi. Întreaga simptomatologie este însă dominată de durere în zona lui Hunt (pavilionul urechii, conductul auditiv extern și timpan). Se deosebesc 4 forme clinice: herpesul otic fără simptome neurologice, herpesul otic cu paralizia nervului facial, herpesul otic cu paralizia nervului facial și hipoacuzie și herpesul otic cu sindrom vestibular. Prognosticul bolii este de obicei bun.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology,* 2nd. Ed. Hoeber, 1962.
2. Boies L. R.: *Fundamentals of Otolaryngology,* 3rd. Ed. Saunders, 1959.
3. Hunt J. R.: *J. Nerv. Ment. Dis.,* 1907, 34, 73.
4. Steffen R., Selby G.: *Med. J. Austr.,* 1972, 1, 5, 227–230.

HUNT (boala lui): **disinergia cerebeloasă mioclonică.**

Este o boală ce face parte din grupul atrofiilor cerebeloase primitive cîștigate, caracterizată prin asocierea unui sindrom cerebelos cu mioclonii și epilepsie generalizată. Tabloul clinic este dominat, în afară de mioclonii și epilepsie generalizată, de mioclonii intenționale și opoziționale, simptome cerebeloase cu tulburări bruște ale staticii (cădere). Boala este determinată de leziuni ale nucleilor dințați și ale fibrelor conjunctive din jur (brachia conjunctiva).

1. Brain R.: *Clinical Neurology,* 2nd. Ed. Oxford, 1964.
2. Ford F. R.: *Diseases of the nervous system in infants, childhood and adolescence.* Ed. IV-a, Thomas, 1959.

Scanned with OKEN Scanner

3. Grinker R. C., Bucy P. C., Sahs A. L. : *Neurology*, Ed. V, Thomas, 1960.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd. Ed. Williams and Wilkins, 1955.

HUNT (boală) : **disinergia cerebeloasă progresivă.**

Este o afecțiune neurologică determinată de lezionarea nucleilor dințați și a fibrelor brachia conjunctiva. Se manifestă clinic prin diminuarea tonusului muscular, ataxia extremităților și tulburări de vorbire. Pe lîngă aceste tulburări, un simptom important care apare pe primul plan, este tremurătura intențională a tuturor grupelor musculare.

1. Ford F. R. : *Diseases of the nervous system in infants, childhood and adolescence.* Ed. IV-a, Thomas, 1959.
2. Grinker R. C., Bucy P. C., Sahs A. L. : *Neurology*, Ed. V-a, Thomas, 1960.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, Ed. II-a. Williams and Wilkins, 1955.

HUNTER (sindromul lui) : **glosita lui Hunter.**

Limba anemică tipică, denumită și limba lui Hunter se observă în marile anemii idiopatice cu importante modificări globulare, cum ar fi anemia Biermer, cloroza, etc. Se manifestă insidios, îmbrăcînd în decurs de cîteva săptămîni aspectul caracteristic : limba este netedă pe fața sa dorsală, pînă la V-ul lingual, pe margini și pe fața inferioară a părții libere. Îmbracă aspectul de limbă lăcuită de culoare palidă, roș carminat sau violaceu. Volumul limbii nu este modificat, iar la palpare dă impresia unei suprafețe vopsite. Sensibilitatea obiectivă este intactă. Nu există adenopatie. Semnele funcționale sînt nule, totuși pot exista parestezii, usturimi exagerate la ingestia de alimente calde sau pipărate. Evoluția glositei lui Hunter depinde de cea a anemiei ; vindecarea limbii precede pe cea a anemiei.

1. DeGruchy G. C. : *Clinical Haematology in Medical Practice.* 2nd. Ed. Blackwell, 1964.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Medicală, București, 1969.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, Ed. V, Lea and Febiger, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

HUNTER (sindromul lui) : **gargoilism ; mucopolizaharidoză.**

Sindromul Hunter, spre deosebire de sindromul lui Hurler este o mucopolizaharidoză (gargoilism) mai puțin gravă și cu transmisie ereditară legată de cromozomul X. Afecțiunea se datorește unui defect în sinteza mucopolizaharidelor. Boala apare după primul an de viață. Primele manifestări clinice sînt : opacitatea corneeană, hiperpilozitate, întîrziere intelectuală și diferite leziuni cutanate (noduli sau benzi de culoare ivoire). Progresiv, diametrul cranian crește și capul ia aspectul scafoid cu bosă frontală și nas în șa. Buzele și limba sînt groase, gura diformă și cu dinții rari. Cifoza și gîtul scurt dau un aspect de nanism particular. Ficatul și splina sînt mărite de volum. Histopatologic, boala se caracterizează prin existența în derm a celulelor de gargoilism (celule fuziforme ce conțin în citoplasma lor o substanță mucinoasă). Se constată o acumulare a mucopolizaharidelor anormale în ficat și creier. În urină se găsește o cantitate mare de sulfat de condroitină B și derivați heparinici. Evoluția este lentă. Bolnavii mor prin insuficiență cardiacă, înainte de vîrsta de 20 ani. Nu are nici un fel de tratament.

1. Demons F., Walbaum R. : *Lille Méd.*, 1972, XVII, 3, 447.
2. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
3. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth Defects. Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65–76.
4. Maroteaux P., Hors-Cayle M. Cl., Pont J. : *Presse méd.*, 1970, 78, 4, 179.
5. Matalon R., Dorfman A. : *Lancet*, 1968, 1, 1 314.
6. Matalon R., Cifonelli J. A., Zellwegen H., Dorfman A. : *Proc. Nat. Acad. Sci.* (Washington), 1968, 59, 1 097.

HUNTINGTON (boala lui) : **coree ereditară ; coreea lui Huntington.**

Este o afecțiune ereditară foarte rară ce se caracterizează prin mișcări involuntare bruște și neregulate și tulburări mintale. Se deosebește de coreea acută prin apariția bolii la vîrsta adultă, cronicitate și apariția concomitentă a unei demențe. Anatomopatologic, afecțiunea se caracterizează printr-o atrofie a creierului în ceea ce pri-

veşte circumvoluţiile cît şi celulele ganglionare din putamen şi nucleul caudat. Meningele sînt îngroşate. Boala se transmite cu caracter dominant la ambele sexe. Boala apare după vîrsta de 40 ani, fiind precedată de tulburări mintale. Din punct de vedere clinic, se manifestă mai întîi prin tulburări mintale (stare depresivă sau euforie, reacţii paranoide, etc.). Apoi apar mişcări involuntare, tulburări de coordonare. Reflexele osteo-tendinoase sînt foarte accentuate. În ultima fază, apare o invaliditate totală cu tulburări de deglutiţie. Boala are o evoluţie de 5—30 ani. Tratamentul este ineficace; el este mai mult simptomatic şi constă din sedative, cloral, hioscia-mină.

1. Bittenbender J. A., Quadfosel C.: *Arch. Neurol.*, 1962, 27, 275–289.
2. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II. Edit. Medicală, Bucureşti, 1957.
3. Symposium on Huntington's chorea: *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 1955, 30, 349–370.
4. Wallace D. C.: *Med. J. Aust.*, 1971, 2, 25 1 275–1 276.

HURLER (sindromul lui) (1919): **gargoilismul.**

Este o afecţiune caracterizată prin defecte în structura ţesuturilor colagene din organism. Leziunile histopatologice se datoresc răspîndirii anormal de mari a celulelor vacuolare, precum şi unei cantităţi crescute de fibre de colagen şi de substanţă fundamentală în diferite părţi ale organismului şi mai ales, în ţesuturile de origine fibroblastică. Se produce în urma acestui proces o balonizare a celulelor mari ganglionare din cortex, ganglionii bazali şi olivele bulbare. În inimă, se produce o îngroşare fibroasă a valvulelor. Bolnavii se prezintă clinic cu scafocefalie, buze mari şi groase, opacifierea difuză şi maculară a corneei, piele aspră, gît scurt, cifoză dorsală şi hepatosplenomegalie. Apar diferite anomalii osoase. Substanţa tezaurizată în gargoilism este de două feluri: un mucopolizaharid identic sau similar cu acidul condroitin sulfuric şi un glicolipoid hidrosolubil. Boala se transmite autosomal recesiv sau recesiv genetic legat de sex.

1. Duncan G. G.: *Bolile metabolismului*. Edit. Medicală, Bucureşti, 1966.
2. Hambrick G. W., Sheie H. G.: *Arch. Of. Der-*

Scanned with OKEN Scanner

mat., 1962, 85, 4, 455.
3. Hurler G. : *Zschr. Kinderhk.*, 1919, 24, 220.
4. Levin S. : *A.M.A., Am. J. Dis. Child.*, 1960, 99, 444.
5. Murray J. F. : *New England J. Med.*, 1959, 261, 378.
6. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Ed. Masson C-ie, 1969.
7. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases.* London, 1956.

HURLER-ELLIS (sindromul lui) (1940) : **displazie condroectodermică ; sindromul lui Ellis-van Creveld** (vezi).

HURLER-PFAUNDLER (sindromul lui) (1919) : **disostozis multiplex ; lipocondrodistrofia ; polidistrofia; gargoilismul.**

Sindromul lui Hurler-Pfaundler este o afecţiune ce se manifestă la sfîrşitul primului an de viaţă prin disostoze multiple cu nanism, cap mare şi frunte proeminentă, nas în şa, limitarea mişcărilor articulare, deformaţii vertebrale, degenerescenţă mintală şi numeroase leziuni viscerale. La nivelul gurii se observă buze mari şi groase, limbă voluminoasă, dinţii mici cu diastenie, hipertrofie gingivală şi alveolară şi o limitare a mişcărilor în articulaţia temporo-maxilară. Pe lîngă simptomele de mai sus, mai coexistă leziuni corneene bilaterale, epicantus, exoftalmie, strabism şi chiar dezlipire de retină. Boala are caracter ereditar şi se transmite recesiv autosomal. Etiologia este necunoscută. În unele familii s-au observat cazuri de sindrom Hurler-Pfaundler asociate cu boala lui Morquio. Evoluţia bolii este relativ lentă. Bolnavii mor încă înainte de a fi atins vîrsta de 20 ani, prin insuficienţă cardiacă sau boli ale aparatului respirator.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Dorfman A., Lorincz A. E. : *Proc. Nat. Acad. Sci.* (US), 1957, 43, 443.
4. Littlefield J. : *The New England J. Med.*, 1970, 282, 11, 627–628.
5. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen diseases.* London, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

6. Touraine A.: *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

HURWITT (boala lui): **limfadenita dermatopatică; reticuloza lipomelanică a lui Pautrier-Woringer (vezi).**

HUTCHINSON (sindromul lui): **paralizia simpaticului cervical; sindromul lui Claude Bernard-Horner (vezi).**

HUTCHINSON (sindromul lui): **formă clinică a eritemului proeminent durabil al lui Crocker-Williams (vezi).**

HUTCHINSON-BOECK (boala lui): **boala lui Besnier-Boeck-Schaumann (vezi).**

HUTCHINSON (boala lui): **lichenul psoriazic; boala lui Devergie (vezi).**

HUTCHINSON (sindromul lui): **triada lui Hutchinson.**

Este un complex simptomatic întîlnit în luesul congenital tardiv, care se manifestă prin: keratită parenchimatoasă, adesea bilaterală, care apare între 8—10 ani, lăsînd în urma ei leucoame; surditate prin inflamația cronică a urechii interne sau mijlocii; dinții lui Hutchinson. Aceștia se caracterizează printr-o incizură a marginii libere a dintelui, a cărui axă este adesea deviată de striuri orizontale; ei apar la a doua dentiție și ating mai ales incisivii mediani și superiori. Uneori, pe lîngă aceste semne, mai apar și leziuni parenchimatoase hepatice. Se ameliorează prin hidrocortizon și este rezistentă la tratamentul antiluetic.

1. Beerman H. și colab.: *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 121.
2. Curtis A. C., Philpott O. S. jr.: *M. Clin. North America*, 1964, 48, 707.
3. Koch R. A.: *J. Am. Geriatrics Soc.*, 1964, 12, 255.
4. Nicholas L., Beerman H.: *Am. J. Med. Sc.*, 1965, 249, 466.
5. Slatkin M. H.: *M. Clin. North America*, 1965, 49, 823.

HUTCHINSON (boala lui): **prurigo estival; eczema solară; herpesul estival; dermatita actinică.**

Dermatita actinică este o reacție inflamatorie acută a pielii, determinată de arsurile produse de expunerea la lumina solară sau la alte surse de

Scanned with OKEN Scanner

radiații actinice (ultraviolete). Mai poate să apară în urma fotosensibilizării pielii prin anumite medicamente sau la indivizii cu idiosincrazie la lumina actinică. Tabloul clinic este dominat de o reacție inflamatorie acută a pielii, care se însoțește de durere, febră, tulburări gastrointestinale, stare generală alterată și prostrație. Simptomele locale se manifestă printr-un eritem, edem și uneori vezicularizare, cu formarea de exsudat pe suprafețele expuse. Deseori apar de asemenea exfolieri și hiperpigmentare. Simptomele clinice pot fi însoțite de proteinurie, cilindrurie, hematurie, hemoconcentrație. Nu se observă tulburări ale metabolismului porfirinelor. Boala are un prognostic benign, dispărînd de la sine sau printr-un tratament simptomatic, în afara cazurilor unde arsurile sînt grave și unde există deja o boală care poate fi agravată de acest eveniment patologic.

1. Curwen W. L., Pathak M. A. : *New England J. Med.*, 1964, 271, 385.
2. Epstein J. H. : *Arch. Dermat.*, 1962, 85, 502.
3. Epstein J. H. : *Postgrad Med.*, 1965, 37, 170–174.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.

HUTCHINSON (sindromul lui) : **eritematoidul malign ; lupus în formă de degerătură.**

Este o dermatoză cu o frecvență deosebită la femeie, care se manifestă clinic prin plăci localizate, de culoare roșie, asimptomatice, care apar de obicei la față, în zone unde tegumentele sînt cianotice, îmbrăcînd aspectul de piele degerată. Histopatologic, leziunile sînt constituite din atrofie descuamativă cu obstrucție foliculară și telangiectazie. Pe lîngă leziunile cutanate, foarte frecvent se asociază tuberculoza pielii, tuberculoză pulmonară și osteită rarefiantă. Tratamentul se face prin administrare de antimalarice de sinteză.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*. Ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Bernhardt R., Bruner E., Racinowski A. : *Gruzlice skory*, Poznan, 1932.
3. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, Paris, 1956.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*. Ed. XI, Mosby, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

HUTCHINSON (boala lui) : **eritemul îndurat.**

Este o varietate ulcerată a eritemului indurat al lui Bazin. Ca şi în afecţiunea descrisă de Bazin, cauza constă în diseminarea hematogenă a bacilului tuberculos, cu tulburări circulatorii consecutive (marmorare), acrocianoză, ectazia varicoasă a venelor. Sînt afectate îndeosebi femeile tinere. Pe gambe, mai ales pe faţa flexorie, apar noduli cutaneo-subcutanaţi, dureroşi la presiune, care se necrozează, formînd ulceraţii destul de profunde şi rezistente la tratament. Starea generală este relativ bună ; evoluţia este cronică şi recidivele frecvente.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* W. B. Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

HUTCHINSON (boala lui) : **pistruii lui Hutchinson ; lentigo maligna ; melanosis circumscripta precancerosa ; pistruii maligni.**

Este un tip superficial de melanom care se observă de obicei pe faţa oamenilor vîrstnici. Creşte relativ lent şi este în general benign. Se prezintă ca o maculă neagră care se întinde lent şi în mod neregulat în decurs de ani. Apariţia unor papule, a nodulilor, a sîngerării sau a ulceraţiilor indică apariţia unui melanom invadant. Metastazele sînt destul de rare. Indicaţia terapeutică este numai cea chirurgicală.

1. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis,* 2. W. B. Saunders, 1969.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Maloine, 1956.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten,* 1957.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

HUTCHINSON (sindromul lui) (1875) : **sudamina ; dishidrosis.**

Este o dermatoză ce apare mai frecvent la femei în anotimpul călduros (vara). Nu se ştie cauza bolii. Se crede că afecţiunea apare mai frecvent la persoanele cu o hiperexcitabilitate a

Scanned with OKEN Scanner

sistemului nervos şi la cele extenuate. Leman crede c-ar putea fi vorba şi de nişte tulburări neurotrofice. Boala se manifestă sub forma unor vezicule ce conţin nu sudoare (cum s-a crezut mai demult), ci un exsudat seros. Veziculele apar cu predilecţie pe degete, palme şi picioare. Unii consideră că descuamaţia epitelială a palmelor şi a plantelor n-ar fi decît o formă latentă a bolii. Evoluţia este relativ lentă. Tratamentul este simptomatic şi general.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* Ed. V, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Maloine, 1956.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology,* Blackwell, Oxford, 1968.

HUTCHINSON-CROCKER (sindromul lui) : **angiomul serpiginos ; angiomul amiboidian.**

Este o afecţiune dermatologică care se manifestă clinic prin prezenţa unor angioame punctiforme, foarte mici, uşor proeminente, unindu-se în inele mici, cu tendinţă de creştere spre periferie şi vindecare în centru, situate la nivelul extremităţilor inferioare. Boala cuprinde regiuni simetrice. Conturul angioamelor este vălurit sau în formă de arc. Leziunile se pot întovărăşi de fenomene de lichenificaţie sau descuamative. Cauza bolii este necunoscută. Nu are nici un fel de tratament specific.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie,* Maloine, 1956.
2. Miedzinski F., Golebiowska J. : *Prezgl. Derm.,* 1956, 2, 105.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

HUTCHINSON-GILFORD (sindromul lui) : **nanismul senil ; senilitatea infantilă ; progeria copilului.**

Faţa de pasăre cu exoftalmos, părul capului redus, conformaţia normală a capului şi inteligenţa normală, caracterizează acest sindrom. Pe lîngă acest aspect al feţei, se constată o talie mică, atrofia tegumentelor, a ţesutului subcuta-

Scanned with OKEN Scanner

nat și a mușchilor, hipogenitalism, osteoporoză și simptomatologia unei senilități premature. Boala are caracter congenital. Etiologia este neclară. Moartea survine între 15—25 ani. Nu are tratament.

1. Carteaud A. : *Le génie médical*, 1970, 267, 26.
2. Jablonska S., Salgal P., Lukasiak B. : *Przegl. Derm.*, 1958, 8, 3, 277.
3. Jores A., Nowakowski H. : *Praktische Endocrinologie*, Stuttgart, 1960.

HUTCHINSON-TAY (boala lui) (1875) : **coroidita în picătură ; inflamația centrală în formă de picătură a retinei (Tay) ; degenerescența grăsoasă ; degenerescența vitroasă ; retinita circinată Fuchs.**

Este o afecțiune oculară ce apare în general la bătrîni și care se caracterizează prin afectarea simetrică a zonelor centrale ale retinei și membranei vasculare. Din punct de vedere oftalmologic, boala se caracterizează prin existența unei benzi de pete albe-luminoase, localizate în cele mai profunde straturi din zona centrală a retinei și prin modificări degenerative la nivelul petei galbene. Nu se cunoaște etiologia bolii. Se consideră a fi produsă de peteșii medioretiniene. De fapt, coroidita lui Hutchinson-Tay n-ar reprezenta decît reacția secundară a retinei la tulburările circulatorii capilare sau venoase. Din această cauză, ea este prezentă în cazurile de obstrucția venei retinei, în boala lui Coats-Leber, în retinopatia diabetică și în degenerescența senilă a petei galbene.

1. Adler F. H. : *Gifford's Textbook of Ophtalmology*. Ed. 7-a, Saunders, 1962.
2. Berens C. : *The eye and its diseases*. W. B. Saunders, 1950.
3. Duke-Elder W. S. : *Textbook of ophtalmology*, Mosby, 1938–1954.
4. Houston W. R., Wise G. N. : *Arch. Ophtal.*, 1957, 58, 777.
5. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire*, Edit., Doin-Doren, Paris, 1970.

HUTTINEL (boala lui) : **pericardita constrictivă ; boala lui Pick ; simfiza pericardică ; pericardita caloasă.**

Pericardita constrictivă se datorește simfizei și fibrozei sacului pericardic, care jenează funcția

Scanned with OKEN Scanner

cordului, mai ales în timpul umplerii diastolice. Este de două ori mai frecventă la bărbat decît la femeie. Etiologia este obscură. De obicei este incriminată tuberculoza. Ea survine foarte rar după o pericardită acută benignă sau purulentă sau după un hemopericard. Reumatismul poliarticular acut nu determină niciodată apariția unei pericardite constrictive. Tabloul clinic se caracterizează prin dispnee, distensie abdominală și edeme ale membrelor inferioare. În formele avansate se mai întîlnește și cianoza. În timp ce la adult se poate observa o slăbire, la copil se constată adesea un infantilism. Semnele fizice sînt reprezentate de hepatomegalie, turgescența venelor gîtului, ascită, edeme și adesea un epanșament pleural (hidrotorax). Pulsul este mic ; deseori poate fi pus în evidență pulsul paradoxal. La ascultație poate fi perceput un suflu sistolic sau mai rar, un clacment protodiastolic. Există modificări radiologice și electrocardiografice (scăderea voltajului și inversarea undelor T). Prognostic rezervat ; evoluția este lentă de 10—20 ani. Tratamentul este simptomatic și chirurgical (decorticarea cordului).

1. Beck W., Schrire W., Vogelpoel L. : *Am. Heart J. :* 1962, 64, 765.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Robertson R., Arnold C. R. : *Circulation,* 1962, 26, 525.
5. Sawyer C. G. și colab. : *Am. Heart. J.,* 1952, 44, 207.
6. Teodorescu B. : *Cardiologia,* vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1960.

HUTTINEL-PICK (boală) : **simfiza pericardică tuberculoasă ; pericardita constrictivă ; pericardita caloasă ; boala lui Huttinel** (vezi).

HUTINEL (boală) : **purpura reumatoidă ; purpura reumatoidă Besnier ; pelioza reumatismală Schoenlein ; purpura abdominală Schoenlein-Henoch** (vezi).

HUTINEL-SABOURIN (boala lui) (1881) : **ciroza hipertrofică grăsoasă ; forma acută malignă a steatozei hepatice ; ciroza grăsoasă.**

Scanned with OKEN Scanner

Ciroza hipertrofică grăsoasă, boala lui Hutinel-Sabourin sau Hutinel-Sabourin-Pick, este o steatoză a ficatului. Se observă la indivizii alcoolici, obezi, carenţaţi, diabetici, tuberculoşi, precum şi la cei ce au fost expuşi unor intoxicaţii cu substanţe hepato-toxice cum ar fi fosforul, cloroformul, tetraclorura de etil, etc. Structura ficatului este conservată însă celulele hepatice sînt infiltrate cu grăsime, mai ales la periferia lobului. Vacuolele de grăsime au dimensiuni foarte variabile. Ele umplu adesea celulele, împingînd spre periferie nucleul. În general, boala este asimptomatică, cel puţin la începutul ei. Ulterior, apare hepatomegalie, splenomegalie, icter şi alterarea testelor funcţionale hepatice. În această formă de boală, aceste tulburări evoluează rapid şi prognosticul este defavorabil, spre deosebire de formele obişnuite, care au o evoluţie lentă şi relativ benignă.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres,* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Schiff L. : *Diseases of the liver.* 2nd ed. Lippincott, 1963.
3. Popper H., Schaffner F. : *Progres in liver diseases.* Grune and Stratton, 1961.
4. Sherlock S. : *Diseases of the liver and biliary system.* 3rd. ed. Thomas, 1963.

HUTINEL-TROISIER (sindromul lui) : **forma clinică malignă a scarlatinei.**

Scarlatina este o boală infecţioasă acută, datorită streptococului hemolitic. Se caracterizează clinic printr-un debut brusc cu frisoane, anginâ, semne de intoxicaţie, printr-un enantem şi un exantem tipic. Este rar întîlnită înainte de vîrsta de 6 luni, frecventă între 2—8 ani. Este mai des întîlnită la băieţi decît la fetiţe. În forma clinică de scarlatină malignă (sindromul lui Hutinel-Troisier), bolnavii prezintă hipertermie, tahicardie şi dispnee, care cresc rapid şi care sînt martorii gravităţii bolii. Aceste forme maligne pot să apară chiar de la debutul bolii (forme maligne fudroiante) sau mai tardiv, în care semnele de gravitate nu apar decît după a 5-a sau a 6-a zi de boală. Prognosticul este foarte sever.

1. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.

Scanned with OKEN Scanner

2. Rammelkamp C. H. jr. : *Bull. New York Acad. Sci. Med.*, 1955, 31, 103.
3. Stillermann M., Bernstein S. H. : *Am. J. Dis. Child.*, 1961, 107, 476.
4. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases*, ed. 5, Mosby, 1964.

HYDE (boală) : **prurigo nodular.**

Este o varietate foarte rară de prurigo. Se observă cel mai frecvent la femeile de vîrstă mijlocie, în preajma menopauzei. Din punct de vedere clinic, se caracterizează prin mici noduli hemisferici sau turtiți, de volumul unui bob de porumb sau mazăre, duri, infiltrați, cu suprafața pigmentară, care, cu timpul, devin lichenificați și hiperkeratozici. Leziunile se localizează la nivelul membrelor și în porțiunea superioară a toracelui. Nodulii sînt în număr de 15—30. Ei se întovărășesc de un prurit feroce care survine în crize. Etiologia este necunoscută. Se datoresc probabil tulburărilor ovariene sau neuroendocrine. Tratamentul constă din opoterapie cu oestrogeni, corticoterapie și tranchilizante.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.* ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, ed. Maloine, Paris, 1956.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.*, Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

IACOBI (sindromul lui): **stomatita nevrotică cronică, ulcerul nevrotic al mucoasei bucale a lui Loeblowitz (vezi).**

IMERSLUND-NAJMAN-GRASBECK (sindromul lui): **(anemia megaloblastică prin malabsorbție de vitamina B_{12}).**

Este o anemie megaloblastică a copilului datorită unei tulburări de absorbție de vitamina B_{12}, deosebită de tulburarea biermeriană prin aceea că secreția acidă a stomacului este normală și că factorul intrinsec este prezent. Se pare că este o afecțiune genetică al cărei mecanism precis n-a putut fi pînă acum elucidat. Ca și în sindromul lui Gerbassi, tabloul clinic se manifestă prin paloare, glosită și splenomegalie discretă. Pe frotiul sanguin se observă prezența megalocitelor, iar în medulogramă, megaloblaști. Tratamentul antipernicios duce la vindecare definitivă.

1. Hegglin R.: *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Editura Medicală, București, 1969.
2. Imerslund O.: *Idiopathic chronic megaloblastic anaemia in children.* Acta Paediatr., 1960, 49, suppl. 119, 1–115.

Scanned with OKEN Scanner

3. Grasbeck R., Gordin K., Kantero I., Kuhlback B. : *Acta Med. Scand.*, 1960, 167, 289–296.

ISELIN (boala lui) (1912) : **osteocondrita bazei primului metatarsian.**

Este o afecţiune osteo-articulară determinată de necroza aseptică subcondrală a bazei primului metatarsian. Se manifestă clinic prin dureri plantare şi impotenţă funcţională moderată a articulaţiilor tarso-metatarsiene. Se pare că în etiologia bolii, un factor important îl joacă traumatismele.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Edit. Flammarion, 1967.
2. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
3. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* Masson C-ie, 1949.

ISRAEL-WILKINSON (boala lui) (1937) : **anemia acrestică ; boala lui Machler-Greenberg.**

Este o hemopatie caracterizată printr-o anemie megalocitară hipercromă, produsă în urma pierderii capacităţii măduvei osoase de a utiliza factorul Castle, metabolizat şi depozitat în organism în cantitate suficientă. În afară de anemie megaloblastică şi hipercromă, bolnavii prezintă o rezistenţă globulară diminuată, bilirubinemie şi urobilinurie. Tratamentul este foarte dificil întrucît boala nu reacţionează favorabil la medicaţia antianemică administrată în cazul anemiei pernicioase.

1. Heinrich H. C. : *Metabolic Basis of the Diagnosis and Therapy in Vitamina B_{12} Deficiency.* Seminars in Hematology. Vol. 1, pp. 199–249. Grune and Stratton, 1964.
2. Herbert V. : *New England J. Med.*, 1963, 268, 201.
3. Israel L. G., Wilkinson A. : *Lancet*, 1938, 362.
4. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, ed. V. Lea and Febiger, 1961.

ISRAELS (sindromul lui) : **hiperbilirubinemia datorită unei căi alternative de producerea bilirubinei.**

Sindrom descris în 1959. Se caracterizează prin existenţa unei hiperbilirubinemii necorelată nici de distrugerea eritrocitelor din circulaţie şi nici cu vreo tulburare a funcţiei hepatice. Se

Scanned with OKEN Scanner

crede că boala, care apare în al doilea deceniu de viață, reflectă o anomalie congenitală, care constă din apariția unui exces de bilirubină din alte surse decît globulele roșii circulante. S-ar putea explica prin formarea ei direct din hem sau distrugerea excesivă a eritrocitelor medulare (icter hemolitic prin shunt). Sindromul este determinat genetic. Este extrem de rar întîlnit.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New-York, 1960.
2. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Edit. Medicală, București, 1966.
3. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne.* Edit. Medicală, București, 1969.
4. Israels L. G., Suderman H. J., Reitzmann S. E. : *Am. J. Med.*, 1959, 27, 693.

ISAMBERT (boala lui) : **forma faringo-laringiană a granuliei.**

Boala lui Isambert este o formă clinică de granulie (tuberculoză acută, caracterizată printr-o diseminare pe cale hematogenă a bacilului tuberculos în plămîni și aproape în toate organele), care se localizează cu predilecție la nivelul faringo-laringelui. Această formă este mai frecventă la indivizii tineri, manifestîndu-se printr-o dispnee foarte accentuată (forma sufocantă), febră foarte ridicată și cianoză intensă. Moartea survine, la acești indivizi, cam în 10—15 zile și se datorește unui edem pulmonar și asfixiei. Cînd fenomenele morbide pătrund și în parenchimul pulmonar și bronșii (forma cataralâ), pe lîngă simptomele de mai sus, se mai observă raluri ronflante, sibilante și subcrepitante.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of otolaryngology.* 3rd ed. Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology,* 5 vol. Prior, 1960.
3. Hinshaw H. C., Garland L. H. : *Diseases of the chest,* 2nd ed. Saunders, 1963.
4. Myers J. A. : *J.A.M.A.*, 1965, 194, 1086.

IȚENKO-CUSHING (sindromul lui) (1910—1932) : **hiperfuncția corticosuprarenală ; sindromul Achard-Thiers ; sindromul Crooke-Apert-Gallain ; hipercorticismul ; hiperpituitarismul ; bazofilia hipofizară sau pituitară ; sindromul bazofil hipofizar.**

Sindromul lui Itenko-Cushing este o afecțiune determinată de un exces de substanțe de tip cor-

Scanned with OKEN Scanner

tizonic elaborate de cortexul suprarenal. În toate cazurile, corticosuprarenala este totdeauna afectată fie prin hiperplazie, fie printr-un adenom sau carcinom; uneori, leziunea primitivă poate consta și într-un adenom hipofizar bazofilic. Anumite tumori maligne extrasuprarenale, ca de exemplu carcinomul bronșic cu celule cilindrice, au fost citate că pot produce un sindrom Cushing sever, cu hiperplazie suprarenală bilaterală. Sub denumirea de sindrom Iţenko-Cushing se înţelege hiperfuncţia primară a corticosuprarenalelor consecutivă adenomului sau hipertrofia acestora, iar sub denumirea de boala lui Iţenko-Cushing, cazurile de adenom bazofil al lobului anterior al hipofizei, care produce, secundar, hiperfuncţia corticosuprarenalelor. Sindromul sau boala lui Iţenko-Cushing afectează cel mai frecvent femeile între 30—40 ani; se observă deseori și la copii. Tabloul clinic se manifestă prin faţă de lună plină, ceafă de bizon, obezitate prin depunere abdominală și extremităţi subţiri, oligo sau amenoree la femeie și impotenţă la bărbat. Astenie, dureri dorsale, cefalee, hipertensiune, acnee moderată și infecţii cutanate superficiale, hirsutism, vergeturi purpurii în jurul coapselor, sînilor și abdomenului. Bolnavii au o sensibilitate mai redusă decît indivizii normali la frig. Uneori se observă tulburări psihice. În urină, 17-hidroxicorticoizii și în sînge corticoizii sînt crescuţi. Eozinofilele sînt scăzute. Examenul radiologic pune în evidenţă osteoporoza craniului, a coloanei și a coastelor. Se citează litiaza renală. Radiografiile pot evidenţia o tumoare suprarenală. Boala este o afecţiune cronică ce poate prezenta exacerbări clinice și remisii spontane. Dacă nu a fost depistată precoce, boala este gravă și adesea letală. O evoluţie rapidă sugerează o tumoare malignă. Tratamentul constă din extirparea chirurgicală a tumorii, radioterapie și chimioterapia cu inhibitori corticosuprarenali.

1. Herrera M. G., Cahill G. F. jr., Thorn G. W.: *Am. J. Surg.*, 1964, 107, 144.
2. Hunder G. G.: *Mayo Clin. Proc.*, 1966, 41, 29.
3. Liddle G. W.: *J. Clin. Endocrinol.*, 1960, 20, 1539.
4. Pavlatos F. Ch., Smilo R. P., Forsham P. H.: *J.A.M.A.*, 1965, 193, 720.

Scanned with OKEN Scanner

J

JABLONSKA (boală) : **pemfigusul mucoaselor ; dermatita buloasă mucocutanată cronică ; pemfigus ocular ; pemfigoidul Jablonska (vezi).**

Este o dermatoză cu etiologie și patogenie necunoscută, care se manifestă clinic prin catar conjunctival și prezența de eroziuni, după spargerea bulelor. În urma bulelor rămîn numeroase cicatrice fibroase, chiar cicatrizarea completă a sacului conjunctival, uscarea conjunctivei și a epiteliului corneean. De asemenea apar modificări cicatriciale atrofice și la nivelul mucoaselor cavității bucale, faringelui, în regiunea organelor genitale și a anusului. La nivelul tegumentelor apar bule, care lasă cicatrice.

1. Beutner E. H. și colab. *J.A.M.A.*, 1965, 192, 682.
2. Jablonska S., Segal P., Milewski B., Dabrowska H. : *Przegl. Dermat. Vener.*, 1958, 2.
3. Rook A. : Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sanders S. L., Nelson C. T. : *Med. Clin. North America*, 1965, 49, 681.

Scanned with OKEN Scanner

JABLONSKA (boală) (1910): **piodermia cronică diseminată; dermatita nodulară Werther.**

Este o dermatoză determinată de o infecţie strepto-stafilococică, ce se manifestă clinic ca o erupţie cu diseminare hematogenă sub formă de noduli, vezicule sau pustule, care necrozîndu-se lasă în fundul lor ulceraţii cu contur neregulat. După vindecarea acestor ulceraţii, rămîn o serie de cicatrice cu depresiuni şi punţi asemănătoare cu cicatricele din scrofuloză. Evoluţia este cronică, cu caracter septic şi starea generală este tot timpul gravă. Pe fondul bolii cronice pot surveni foarte frecvent acutizări şi recidive. Boala se observă cel mai adesea la indivizii epuizaţi şi la cei cu o rezistenţă scăzută a organismului la infecţii.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology,* Blackwell, Oxford, 1968.
3. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin.* ed. XI, Mosby, 1956.
4. Werther A.: *Iconographia,* 1910, 213.

JACCOUD (sindromul lui) (1914): **triada lui Jaccoud.**

Este o complicaţie a bolii lui Foix (sindromul peretelui extern al sinusului cavernos). Această afecţiune se caracterizează prin pareza nervilor III, IV, V şi VI, cu paralizia totală a tuturor muşchilor oculari, pareza simpaticului şi keratită neuroparalitică; este cauzată de o tumoare a sinusului cavernos şi se manifestă clinic prin cecitate, paralizia muşchilor oculari şi nevralgia nervului trigemen.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1967.
2. Jaccoud S.: *Congr. Soc. Franc. d'Oto-Rhino-Laryng.,* 1914.
3. Şoflete A.: *Neurologia clinică.* Edit. Medicală Buc., 1967.

JACCOUD-OSLER (boala lui) (1882—1885): **endocardita malignă lentă; endocardita infecţioasă malignă cu evoluţie lentă; boala lui Osler; endocardita septică; endocardita lentă.**

Este o infecţie bacteriană a endocardului, caracterizată prin simptome generale, pusee febrile succesive, fenomene embolice cutanate şi viscerale, iar din punct de vedere anatomic, prin ve-

Scanned with OKEN Scanner

getații endocardice. Boala se observă mai frecvent la bărbat decît la femeie și mai ales la adolescent și adultul tînăr. Ea complică 5% din viciile valvulare și cardiopatiile congenitale. În 90—95% din cazuri, germenul cauzal este streptococus viridans al lui Schöttmüller. Alți germeni ce pot produce boala mai pot fi proteus, colibacilul, brucella, piocianicul, gonococul, meningococul, pneumococul, bacilul lui Friedländer, etc. Boala se caracterizează clinic prin puseuri febrile succesive, sufluri cardiace, artralgii, accidente embolice cutanate (nodulii Osler, peteșii, purpură), viscerale (infarct splenic, retinian, renal, cerebral, etc.) și leziuni arteriale (endarterită, anevrism). Din punct de vedere histopatologic se caracterizează prin vegetații endocardice cu ulcerații și chiar perforația valvelor. Biologic: viteza de sedimentare este accentuată, anemie hipocromă, hiperleucocitoză de 10—20.000/mmc, hematurii, gamaglobulinele crescute. Diagnosticul se pune pe baza existenței unei stări infecțioase, leziuni cardiace preexistente, embolii și hemoculturi pozitive. Prognosticul este sever. Cu toată antibioterapia actuală, încă mor, în decurs de 1—2 ani, circa 10—20% dintre bolnavi.

1. Angrist A. A., Oka M.: *J. Amer. med. ass.*, 1963, 183, 249.
2. Findland M.: *J.A.M.A.*, 1958, 166, 364.
3. Friedberg C.: *Diseases of the heart.*, W. B. Saunders, 1966.
4. Friedberg C. K., Goldman H. M., Field L. E.: *Arch. Int. Med.*, 1961, 107, 6.
5. Meade R. H.: *Circulation*, 1959, 19, 440.
6. Wood P.: *Diseases of the heart and circulation*, 2nd ed. Lippincott, 1956.

JACOB (sindromul lui): encefalita subcorticală cronică; encefalomalacia subcorticală cronică arteriosclerotică; demența; boala lui Bingswanger (vezi).

JACOB (boala lui): constricția permanentă a maxilarelor.

Această afecțiune descrisă de O. Jacob se datorește unei exostoze, care se dezvoltă pe fața posterioară a malarului pe care se articulează la rîndul ei o altă exostoză de pe apofiza coronoidă. Tabloul clinic este dominat de o constricție permanentă a maxilarelor, care se datorește unor

Scanned with OKEN Scanner

cauze extraarticulare (exostoze). Boala poate apare după traumatisme ale osului malar, ale apofizei zigomatice sau ale apofizei coronoide.

1. Dechaume M. : *Precis de stomatologie.* Ed. Masson C-ie, Paris, 1962.

JACOB (sindromul lui) (1923) : **rigiditatea musculară senilă.**

Este un sindrom akinetic-hipertonic care se întîlnește la bătrîni și care se datorește unei scleroze a vaselor creierului. Se manifestă clinic la fel ca și boala lui Parkinson sau ca și rigiditatea sclerotică a mușchilor din boala lui Foerster. Astfel, bolnavii prezintă un tremor cu intensitate maximă în repaus, care imită mișcarea de „modelat pilule" și o expresie rigidă a feței. Mersul este lent, cu pași tîrșiți sau din contra, uneori, grăbiți. Se observă o diminuare a activității motrii voluntare, rigiditatea musculaturii extremităților la mișcările pasive. Debutul este insidios, [illegible] vîrsta de 50—60 ani. Are o evoluție lentă și [illegible]esivă.

[illegible]es B. D., Doshay L. J. : *Geriatrics*, 1964, 19, [illegible]

2. England A .C. jr., Schwab R. S. : *Arch. Int. Med.*, 1959, 104, 439.
3. Meyer J. S., Magee K. R. : *J. Neuropsychiat.*, 1964, 5, 284.
4. Simpson J. A. : *Practitioner*, 1963, 191, 360.

JACOB-KREUTZFELD (boala lui) : **degenerarea parenchimului cerebral ; pseudoscleroza spastică ; degenerescența piramido-palido-amiotrofică Sterling ; encefalopatia diseminată Davidson.**

Este o afecțiune neurologică determinată de degenerarea parenchimului cerebral, mai ales în straturile profunde ale scoarței circumvoluțiilor frontale și parietale ascendente, asociată cu leziuni diseminate în corpul striat și talamus, locus niger și nucleii cerebelului. Boala se manifestă la indivizii de vîrstă mijlocie printr-o stare demențială progresivă, întovărășită de atingeri piramidale și cerebeloase, disartrie și prin semne bulbare, adesea chiar crize convulsive. În lichidul cefalo-rahidian nu se observă nici un fel de modificări. Boala durează în medie 1—2 ani și se termină cu fenomene bulbare sau cu manifestări comițiale.

Scanned with OKEN Scanner

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Bunina T. L. și colab. : *Journal Nevropsihatrii S. S. Korsakow*, 1972, 72, 7, 984.
4. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.

JACKSON (boala lui) : **epilepsia ; boala lui Bravais-Jackson (vezi).**

JACKSON (boala lui) (1876) : **halucinațiile vizuale ; starea de vis ; starea iluzorie.**

Este un sindrom care se aseamănă clinic cu epilepsia. Ca și în epilepsie, în boala lui Jackson, crizele sînt precedate de o aura. Ceea ce le deosebește de crizele din epilepsia adevărată sînt numai fenomenele confuzionale, în care predomină halucinațiile vizuale. Acestea înlocuiesc pierderile de cunoștință și o parte din convulsii, prezente în cursul epilepsiei clasice.

1. Baird H. W. : *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705.
2. Costeff H. : *New England J. Med.*, 1965, 273, 1410.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry*. McGraw-Hill, 1963.
4. Shaw C. R. : *Psychiatric Disorders of Childhood*, Appleton-Century-Crofts, 1966.

JACKSON (boală) : **adenomul lui Jackson.**

Este o tumoare benignă de origine glandulară, un adenom carcinoid al bronșiilor sau un epiteliom bronșic, clinic benign, însă cu complicații grave. Aceste complicații constau dintr-o obstrucție bronșică cu atelectazie și abces pulmonar. Prognosticul este relativ bun dacă se iau cît mai precoce măsuri pentru exereza adenomului. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
2. Kukujew L. A. : *Jurnal Nevr. Psich., SS Korsakow*, Moskva, 1972, 72, 5, 743.

JACKSON (sindromul lui) : **leziunea unilaterală a perechii IX, X, XI și XII de nervi cranieni.**

Este un sindrom neurologic determinat de lezionarea bulbară unilaterală a perechilor IX,

Scanned with OKEN Scanner

X, XI și XII de nervi cranieni. Tabloul clinic se manifestă printr-o hemiparalizie velo-laringo-faringiană, paralizie homolaterală a sternocleidomastoidianului și a trapezului (lezionarea perechii a XI-a) și paralizia și atrofia jumătății homolaterale a limbii, determinată de lezionarea perechii a XII-a de nervi cranieni. În forma pură de sindrom Jackson, se observă de partea focarului atrofia și paralizia zonei corespunzătoare a limbii, iar de partea opusă, hemiplegie.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Edit. Masson, Paris, 1971.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd ed. Williams and Wilkins, 1955.

JACQUET (boală) (1887) : **eritemul papulos fesier posteroziv ; dermatita papuloasă posterozivă Parrot ; eritemul sifiloid ; eritemul papulos eroziv al nou-născuților.**

Este o dermatoză ce apare mai frecvent la nou-născuți datorită iritațiilor și infecțiilor consecutive contactului îndelungat al urinii și materiilor fecale pe tegumente. Este un eritem papulos ce se observă mai ales pe tegumentele de la nivelul feselor, perineului, organelor genitale și coapselor. Datorită suprainfecțiilor cu streptococ, boala poate deveni foarte gravă. Măsuri adecvate de igienă locală și aplicare de antibiotice ameliorează și vindecă boala.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Bernhardt R. : *Choroby Skoriy*, 1936.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*. Blackwell, Oxford, 1968.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*. München-Berlin, 1951.

JACQUET (sindromul lui) : **siringocistadenomul ; epiteliomul chistic benign ; siringomul lui Töröck ; celulomul epitelial eruptiv Quinquand ; chistadenomul benign Besnier ; limfangiomul tuberos multiplu Kaposi ; siringocistomul lui Neumann ; hemangioendoteliomul tuberos multiplu Jarisch;**

Scanned with OKEN Scanner

adenomul glandelor sudoripare; hidradenomul eruptiv al lui Jacquet-Darier (vezi).

JACQUET-DARIER (sindromul lui) (1872): **hidradenomul eruptiv; siringocistadenomul; epiteliomul chistic benign Jacquet; siringomul lui Töröck; celulom epitelial eruptiv Quinquand; chistadenomul benign Besnier; limfangiomul tuberos multiplu al lui Kaposi; siringocistomul lui Neumann; hemangioendoteliomul tuberos multiplu Jarisch; adenomul glandelor sudoripare.**

Este o dermatoză ce se manifestă clinic prin noduli foarte mici, de mărimea unei gămălii de ac pînă la un bob de mazăre, de formă rotundă sau ovală, normal colorați sau ușor gălbui, de consistență moale și cu suprafața netedă, ce apar la nivelul gîtului, a feței anterioare a toracelui și pe abdomen. Boala apare mai frecvent la femei. Nu se însoțește de nici un fel de simptome. Nu evoluează malign. Leziunile de mai sus sînt produse din rudimente ectopice de glande și canale sudoripare. Nu are tratament. Prognostic relativ bun.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.
2. Czarnocki R.: *Pol.Gaz.Lek.*, 1922, 970.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, Buc., 1967.
4. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie.*, München-Berlin, 1951.

JACQUET-SEVESTRE (boala lui): **eritemul sifiloid posteroziv; eritemul papulos fesier posteroziv Jacquet (vezi).**

JACOBI (boala lui) (1909): **poikilodermia reticulară pigmentară.**

Este o dermatoză ce se manifestă clinic prin zone de hiperemie sau papule, ulterior leziuni atrofice, dilatații vasculare de aspect reticulat și depigmentări sau hiperpigmentări la nivelul tegumentelor feței, gîtului și trunchiului. Etiologia bolii este necunoscută. În micozisul fungoid, limfogranulomatoză etc., apare așa-zisa formă simptomatică a poikilodermiei reticulare atrofice. Atît în forma idiopatică cît și în cea simptomatică, manifestarea clinică este asemănătoare: de la distanță, leziunile cutanate îmbracă un as-

Scanned with OKEN Scanner

pect pestriţ. Tratamentul este simptomatic şi prin administrare de corticosteroizi.

1. Bernhardt R. : *Przegl. Dermat.*, 1924, 103.
2. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

JACOD (sindromul lui) : **sindromul carefourului petrosfenoidal.**

Este o boală determinată de propagarea, spre baza craniului, a unui sarcom pornit iniţial de la trompă. Simptomatologia clinică este foarte complexă şi depinde de extensia procesului tumoral şi de segmentele şi centrii nervoşi pe care-i invadează. Tratamentul este chirurgical şi roentgenterapic.

1. Boies L. R. : *Fundamentals of Otolaryngology.* ed. 3rd. Saunders, 1959.
2. Coates G. M., Schenck H. P., Miller M. : *Otolaryngology*, 5 vol., Prior, 1960.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J. : *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, ed. New York, 1967.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

JADASSOHN (boala lui) (1891) : **anetodermia lui Jadassohn.**

Este o dermatoză caracterizată printr-o erupţie de pete atrofice, lenticulare, de o coloraţie care merge de la roş-violaceu la alb închis, moi, deprimate şi depresibile, care dau impresia că dermul este presărat cu găuri. La suprafaţa lor, pielea este laxă, plisată, luînd aspectul normal numai în timpul tracţiunii. Leziunile de mai sus debutează prin papule sifiloide sau prin macule rozeoliforme sau, mai rar, prin papule urticariene. Natura bolii nu este cunoscută. Boala se observă mai frecvent la femeile tinere cu tuberculoză pulmonară. Evoluţia este lent progresivă, în decurs de cîţiva ani.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine Paris, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

4. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

JADASSOHN (sindromul lui): **infiltrația pseudoleucemică; boala lui Bacfverstedt** (vezi); **sarcoidul lui Spiegel-Fendt** (vezi).

JADASSOHN (boala lui) (1904): **lupus eritematos acut diseminat.**

Boala lui Jadassohn, este o afecțiune febrilă cu etiologie necunoscută, caracterizată prin leziuni cutanate, o poliserozită, o inhibiție a măduvei osoase și printr-o atingere viscerală difuză. Apare predominant la tinerele fete. Tabloul clinic se manifestă prin slăbiciune, febră, stare de rău, dureri articulare și scădere ponderală. În afară de aceste simptome, mai apar și alte manifestări determinate de afectarea a numeroase organe și sisteme. Pe față și pe alte suprafețe expuse la lumina solară apare o erupție eritematoasă. În sînge se observă anemie, leucopenie, trombocitopenie, hiperglobulinemie și o viteză de sedimentare a hematiilor crescută. Celulele L.E. pot fi puse în evidență în sînge și în alte țesuturi. Boala poate fi fulminantă, cu simptomatologie severă și evoluție rapidă, ducînd la exitus în cîteva săptămîni, chiar atunci cînd este tratată. De cele mai multe ori însă, boala ia un aspect episodic, cu afectarea recurentă a unora sau mai multor aparate pe o durată de mai mulți ani. Evoluția bolii poate fi suficient de mult timp prelungită printr-o administrare corectă de corticosteroizi.

1. Dubois E. L.: *Lupus erythematosus.*, Blakiston, 1966.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Farmer H. R.: *Arthritis and Rheumatism.*, 1963, 6, 513.
4. Hollman H. R.: *M. Clin. North America*, 1966, 50, 119.
5. Ropes M. W.: *Medicine*, 1964, 43, 387.

JADASSOHN (boală): **nevul sebaceu.**

Este o dermatoză care se caracterizează clinic prin apariția unor proeminențe bine delimitate, cu suprafața netedă sau ondulantă și cu consistență dură ce apar la nivelul pielii capului din regiunea temporală, pe obraji și pe frunte. Din punct de vedere histopatologic, aceste formațiuni

Scanned with OKEN Scanner

nu sînt în realitate decît o conglomerare de glande sebacee cu structură normală sau hipertrofică. De multe ori, pe lîngă aceşti nevi, se asociază bolii şi o hiperplazie a glandelor apocrine precum şi a foliculilor piloşi.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală, Buc., 1967.
3. Percival G. : *Arch., Belges Derm. Syph.*, 1948, 42, 95.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

JADASSOHN-DÖSSEKER (sindromul lui) (1916) : **mixedemul cutanat nodular ; mixomatoza nodoasă a lui Pellizari ; forma nodulară a degenerescenţei mixomatoase cutanate.**

Este o dermatoză care actualmente face parte din grupa lichenului mixedematos al pielii. Se manifestă clinic printr-un mixedem tuberos cu semne de hipotiroidism şi prin noduli la nivelul pielii capului sau a membrelor. Evoluţie lentă şi progresivă. Tratamentul se face cu medicaţie tiroidiană.

1. Dősseker E. : *Arch. Derm. Syph.*, 1916, 73, 127.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, 1956.
3. Shaffer B., Beerman H. : *Arch. Dermat.*, 1951, 64, 340.

JADASSOHN-LEWANDOWSKI (boala lui) (1906—1925) : **keratoza diseminată circumscrisă ; keratoza congenitală multiplă a lui Schäffer.**

Este o dermatoză congenitală şi familială, caracterizată prin papule cornoase la nivelul coatelor, feselor, genunchiului, care întovărăşesc adesea o keratodermie palmo-plantară, o pahionichie considerabilă, o leucokeratoză linguală şi adesea o keratinizare a corneei, care duce la cecitate. Boala se mai însoţeşte de tulburări psihice, malformaţii complexe. Sexul masculin este cel mai frecvent atins de această afecţiune. Se descriu şi forme fruste de sindrom Jadassohn-Lewandowski.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V., Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*, Maloine, Paris, 1956.

Scanned with OKEN Scanner

3. Jadassohn J. : *Klin. Wschr.*, 1927, 30, 218.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

JADASSOHN-TIECHE (boala lui) (1904) : **nevul albastru ; naevus coeruleus.**

Nevul albastru se prezintă clinic ca o pată ce seamănă cu o papulă cu diametru de 3—5 mm, de coloraţie albăstruie. Această coloraţie este determinată de faptul că pigmentul se găseşte în profunzimea pielii, în celulele pigmentare fuziforme, care, probabil, provin din celulele lui Schwann. Boala se observă mai ales la nounăscuţi. Ea poate fi întîlnită, însă mai rar, la adulţii între 20—50 ani. Nevii au predilecţie pentru localizarea la nivelul feţei şi pe faţa dorsală a mîinilor şi picioarelor. Nu are evoluţie malignă ; nu are tratament.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
3. Dorsey C. S., Montgomery H. : *J. Investig. Dermat.*, 1954, 22, 225.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI-a, Mosby, 1956.

JADASSOHN-JAFFÉ (boala lui) : **anetodermia eritematoasă.**

Este o dermatoză care se prezintă clinic sub forma unei erupţii de pete atrofice care se localizează cu predilecţie pe faţa extensoare a membrelor, pe flancuri şi pe faţa posterioară a trunchiului. Etiologia este necunoscută. Boala este congenitală ; uneori se observă şi caracterul ereditar-familial al bolii.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, 1952.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M. : *Manual of cutaneous medicine*, W. B. Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

JAHNKE (sindromul lui) : **angiomatoza encefalotrigeminală craniofacială ; boala Parkes-Weber-Osler-Dimitri ; boala Sturge-Weber (vezi) ; boala lui Sturge-Weber-Krabbe.**

Sindromul Jahnke este de fapt o formă clinică a bolii lui Sturge-Weber, angiom plan sau angiom tuberos unilateral al feței și mucoaselor, angiom al coroidei, sinuozitatea vaselor retiniene, din care lipsește glaucomul.

1. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects: Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65–76.
2. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie. Guide Dictionnaire.* Ed. Doren-Paris, 1970.
3. Saraux H., Biais B. : *Précis d'ophtalmologie.* Ed. Masson C-ie, Paris, 1969.

JAFFÉ-LICHTENSTEIN (sindromul lui) (1937) : **osteofibromatoza.**

Este o anomalie osoasă asemănătoare sindromului lui Albright, de care se deosebește prin faptul că lipsesc osteita fibroasă diseminată și tulburările endocrine. Boala a fost izolată în anul 1937 de Jaffé și Lichtenstein. Este o fibroză mono sau poliosteotică. Se datorește tulburării unor elemente osteoformatoare, blocate practic în stadiul de țesut fibroblastic tînăr. Este o maladie congenitală. Nu este însă nici ereditară și nici familială. Sindromul Jaffé-Lichtenstein este o displazie fibroasă a oaselor, pură, spre deosebire de sindromul Albright, care reprezintă forma osteocutaneo-endocriniană a bolii. Nici clinic și nici biologic nu se întîlnesc anomalii. Examenul radiologic permite a se observa un amestec de zone de condensare și imagini lacunare. Corticala osului deseori este redusă la un simplu contur. Canalul medular apare lărgit. La nivelul craniului se poate observa fie un aspect pagetoid, fie o imagine chistică, fie o densificare marmoreană.

1. Albright F. : *J. Clin. Endocrinol.*, 1947, 7, 307.
2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
5. Lichtenstein L., Jaffé H. L. : *Arch. Path.*, 1942, 33, 777.

Scanned with OKEN Scanner

JAKOBSOHN (sindromul lui) : **ticul patologic al nervului lui Jakobsohn ; nevralgia timpanică sau otică sau boala lui Richet (vezi).**

JACKSCH-HAYEM-LUZET (sindromul lui) (1888—1891) : **anemia infantilă pseudoleucemică ; anemia splenică.**

Coexistența unei anemii și a rahitismului este cunoscută de mult. În 1889 se descrie sindromul sub denumirea de anemia pseudoleucemică sau anemia lui von Jacksch-Hayem-Luzet. Este o stare morbidă specială a sugarului, caracterizată prin evoluție progresivă care duce la o stare de anemie intensă, leucocitoză moderată, splenomegalie și hepatomegalie, numeroase elemente tinere în cariokineză în sînge. Leziunile medulare se caracterizează printr-o condromielită fibroasă rarefiantă cu proliferarea fibrocitelor și dispariția țesutului hematopoietic. Tabloul clinic prezintă un rahitism evolutiv grav, spleno și hepatomegalie importantă, anemie intensă cu eritroblastoză, hiperleucocitoză (30—100 000 elemente pe mmc) cu numeroase forme imature (metamielocite, promielocite, mielocite), reticulocitoză și trombopenie. Puncția medulară arată o măduvă săracă ; metaplazie mieloidă importantă la nivelul splinei. Prognosticul este nefavorabil.

1. Begemann H., Harwerth H. G. : *Praktische Hämatologie.* 2 Auflage, G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J. : *Le sang,* 1953, 24, 9, 768.
3. Bernard J., Bessis M. : *Hématologie clinique.* Masson C-ie, Paris, 1958.
4. Gasser C. : *Die hämolitischen Syndrome im Kindesalter.* G. Thieme, Stuttgart, 1951.
5. Izarn P. : *Les anémies carentielles.* Maroc Médical, 1962, 41, 444—489.
6. Malpuech G. : *Les livrets du médecin,* 1970, II, 9, 497—503.

JACKSCH-WARTHENHORST (boala lui) (1923) : **poli-condrita atrofiantă cronică.**

Este o afecțiune rară a cartilagiilor, care duce la degenerescența și dispariția lor completă. Etiologia este nesigură : mecanisme autoimune (Cahn și Kilbury), origine enzimatică (alterația cartilaginoasă s-ar datori unei enzime mucopolizaharidolice activate), origine mixtă (Lack). Se poate transmite familial (Arundell). Este o boală a adul-

tului; frecvența între 30—50 ani, mai ales la femei. Durata medie a bolii este de cîțiva ani. Biologia arată un sindrom inflamator banal. În unele cazuri s-a observat mărirea excreției urinare de mucopolizaharide acide.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Coste F.: *Polychondrite atrophiante. Progrès en Rhumatologie*. Flammarion, edit. Paris, 1968, 659—668.
3. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes*. New York, 1960.

JANBON (sindromul lui) (1952): **enterita holeriformă; enterocolita pseudomembranoasă.**

Este o enterită ce se observă la bolnavii cărora li se administrează timp îndelungat antibiotice. Este o boală acută manifestată prin diaree și o stare de colaps. În formele mai grave, se observă de asemenea simptome de ordin cerebral. Prognosticul este foarte sever. Patogenia bolii se explică prin aceea că în timpul tratamentului cu antibiotice se distruge flora bacteriană fiziologică a intestinului, care contribuie ulterior la dezvoltarea unei flore rezistente la antibiotice. De obicei flora care se instalează este cea de stafilococi și unele ciuperci patogene. Tratamentul este foarte dificil. Primul lucru ce trebuie făcut este întreruperea administrării antibioticelor în cauză. Cînd se pun în evidență stafilococi se va administra vancomycin pînă cînd manifestările clinice și germenii din scaun dispar. Se vor reechilibra tulburările hidroelectrolitice, iar șocul se va trata cu plasmă, transfuzii de sînge și hemisuccinat de hidrocortizon. Mortalitatea variază între 60—90% din cazuri.

1. Dousset H., Plard C.: *Vademecum encyclopédique du médecin praticien*. Ed. Maloine, Paris, 1970.
2. Mellinkoff S. M. (editor): *The differential Diagnosis of Diarrhea*. Blakiston-McGraw, 1964.
3. Pearce C., Denicen P.: *Am. J. Surg.*, 1960, 99, 292.
4. Van Prohaska J. și colab.: *Abstr. Surg.*, 1961, 112, 103.

JANET (sindromul lui) (1936): **chilotoraxul congenital.**

Scanned with OKEN Scanner

Chilotoraxul congenital este o afecțiune extrem de rară. El constă din prezența de chil (lichid lăptos care conține picături de grăsime) în urma comunicării canalului toracic în pleură. În chilotoraxul dobîndit cauza este o perforație traumatică sau tumorală a canalului în pleură. În forma congenitală de sindrom Janet, există de la naștere această comunicare. Prognosticul este grav. Bolnavii mor în general prin cașexie din cauza punctiilor evacuatorii repetate.

1. Carr D. T., Soule E. H., Ellis F. H. jr.: *M. Clin. North America*, 1964, 48, 961.
2. Hinshaw H. C., Garland L. H.: *Diseases of the chest*. W. B. Saunders, 1963.
3. Leuallen E. C., Carr D. T.: *New England J. Med.*, 1955, 252, 79–83.

JANET (boală): **psihastenia.**

Psihastenia sau depresiunea psihică este o stare de tristețe, de descurajare sau de desperare, ce poate să apară în orice perioadă a vieții, din copilărie pînă la bătrînețe, dar mai ales în adolescență. Acuzele cele mai importante sînt: deznădejde, pesimism, senzație de eșec, apatie, oboseală, lipsă de interes față de mediu, impotență, perturbări ale somnului, pierdere în greutate, diminuarea libidoului și tulburări somatice imprecise. Mai poate prezenta de asemenea: uscăciunea gurii, constipație, anorexie, amenoree. De multe ori, bolnavii mai acuză o scădere a puterii de concentrare și a activității psihomotorii, etc. Intensitatea și durata acuzelor de mai sus variază considerabil în funcție de fondul personalității bolnavului, de factorii declanșatori și de condițiile vieții actuale a bolnavului. Tratamentul constă din măsuri psihoterapeutice generale și în medicație antidepresivă, ca și în tratarea corespunzătoare a bolilor primitive, care au contribuit la declanșarea acestei reacții depresive psihonevrotice.

1. Blinder M. G.: *J.A.M.A.*, 1966, 195, 8–12.
2. Fellner C. H.: *Geriatrics*, 1964, 19, 920.
3. Salzman L.: *Am. J. Psychiatr.*, 1966, 122, 1139.
4. Siegler P. E.: *M. Clin. North America*, 1964, 48, 483.

JANIN (boala lui): **tetanosul feței; tetanosul tip Rosé; tetanosul tip Klemm.**

Scanned with OKEN Scanner

Tetanosul este o boală acută datorită toxinei bacilului tetanic, clostridium tetani, care pătrunde în organism la nivelul unei plăgi externe. Afecțiunea se caracterizează prin contracții paroxistice dureroase produse de stimuli de mică intensitate. Aceste contracturi încep de obicei la nivelul mușchilor maseterieni (trismus) și apoi invadează ceafa producînd rigiditatea ei și poziția de opistotonus a bolnavilor, precum și alte grupe de mușchi, în urma cărora apar: disfagie, iritabilitate și hiperreflexie. În antecedente se constată o plagă și posibilități de infectare. Perioada de incubare variază între extremele de 2—60 zile. De obicei, diagnosticul se pune pe baza datelor clinice. În sînge se constată doar o leucocitoză moderată. Tetanosul cefalic (sindromul Janin, sindromul Rosé, sindromul Klemm) se datorește unei plăgi a feței sau a cavității bucale (amigdalectomie, carii dentare). Contracturile sînt limitate, în această formă clinică, la mușchii masticatori sau la spasme laringiene și glotice, care sînt foarte periculoase. Se poate de asemeni nota paralizie facială periferică sau o paralizie a nervilor oculo-motori. Prognosticul depinde de precocitatea tratamentului, de durata de incubație și de vîrstă. Boala este mai gravă la persoanele tinere și cele în vîrstă. Mortalitatea este de aproximativ 40%. Seroterapia antitetanică și gamaglobulinele pot duce la ameliorarea sau vindecarea bolii.

1. Laurence D. R., Webster R. A.: *Clin. Pharmacol. and Therap.*, 1963, 4, 36.
2. Lucas A. O. și colab.: *Clin. Pharmacol. and Therap.*, 1965, 6, 592.
3. Skudder P. A., McCarroll J. R.: *J.A.M.A.*, 1964, 188, 625.
4. Top F. H.: *Communicable and Infectious Diseases*, ed. 5-a Mosby, 1964.

JANIK-BILLROTH (boala lui) (1868—1927): **condromul tecilor tendinoase.**

Este o afecțiune ce se caracterizează prin apariția la nivelul tecilor tendinoase a unor mase cartilaginoase multiple, care se pot calcifica sau chiar osifica. Datorită apariției acestor formațiuni la nivelul tendoanelor se produc diferite grade de impotență funcțională și dureri relativ moderate la nivelul regiunilor interesate.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția este foarte lentă. Nu se malignizează. Nu are tratament eficace.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther-Sibiu, 1948.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Talbott J. H., Ferrandis R. M.: *Collagen Diseases.* London, 1956.
4. Volkmann H.: *Medizinische Terminologie,* München-Berlin, 1951.

JANUS (sindromul lui) (1956): **aspect contrastat radiologic.**

Sindromul lui Janus a fost descris de J. Bret în 1956 și denumirea reprezintă un nume fantezist. Se caracterizează din punct de vedere radiologic prin două cîmpuri pulmonare contrastante: unul este hiperdiafan și translucid, iar altul prezintă o opacitate normală cu umbre vasculare accentuate. Sindromul este întîlnit în cardiopatiile congenitale, însoțite, mai ales, de stenoza arterei pulmonare.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Nadas A. S.: *Pediatric cardiology,* 2nd. ed. Saunders, 1963.

JANWAY-MOSENTHAL (sindromul lui) (1908): **boala periodică; peritonita benignă paroxistică; febra periodică; poliserozita recurentă.**

Este o afecțiune eredofamilială, cu etiopatogenie necunoscută, probabil metabolică, ce se manifestă clinic prin episoade recurente de dureri abdominale sau toracice, febră și leucocitoză. Boala este frecvent întîlnită la popoarele mediteraneene. Tabloul clinic poate simula deseori o peritonită chirurgicală, însă aceste atacuri acute se autolimitează și nu sînt fatale. În decursul evoluției bolii se poate observa și existența unei amiloidoze primare. Moartea, atunci cînd se produce, este determinată de insuficiență renală sau cardiacă. Tratamentul constă din medicație simptomatică și de susținere. Abuzurile alimentare, stressurile și alcoolul pot precipita evoluția bolii, din această cauză, ele trebuie evitate cu desăvîrșire.

Scanned with OKEN Scanner

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M.: *Current Diagnosis and Treatment.* Lange Medical Publications, Los Altos, Calif., 1967.
2. Hombourger P.: *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*, Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Nugent F. W., Burns J. R.: *M. Clin. North America*, 1966, 50, 371–378.

JARISCH (sindromul lui): **hemangiomul tuberos multiplu; hidradenomul eruptiv Jacquet-Darier (vezi).**

JARISCH (sindromul lui) (1892): **tricoepiteliomul papulos multiplu; epiteliomul adenochistic Brooke; acantomul adenochistic al lui Unna; nevii epiteliomatoşi chistici Winkler; nevul tricoepiteliomatos Werther.**

Este o dermatoză ce se întîlneşte cel mai frecvent la tineri. Boala are caracter congenital şi familial, dezvoltîndu-se consecutiv displaziei efelidelor. Locul de dezvoltare cel mai frecvent este faţa; mult mai rar în alte părţi ale tegumentelor. Se caracterizează clinic prin existenţa unor noduli semitransparenţi, de consistenţă dură, asemănători unor vezicule; sînt diseminaţi sau grupaţi şi nedureroşi. Numai excepţional de rar aceşti noduli se pot maligniza.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Brooke Ch.: *Brit. J. Dermat.*, 1892, 269.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin.*, ed. XI-a, Mosby, 1956.

JENSEN (boala lui) (1898): **retinita lui Jensen; retinocoroidita juxtapapilară; arteriolita retiniană focală idiopatică.**

Este o retinită de origine infecţioasă (sifilisul sau tuberculoza), caracterizată printr-o leziune a fundului de ochi, superficială, parapapilară, care cuprinde un pachet vascular. În afară de această lezionare, mai coexistă şi o reacţie uveală. Boala este unilaterală şi se întîlneşte frecvent la tineri. Din punct de vedere funcţional, acuitatea vizuală este normală sau uşor diminuată; un scotom absolut definitiv este de asemenea caracteristic bo-[illegible]i. După regresiunea leziunilor rămîne o plajă

Scanned with OKEN Scanner

de corioretinită atrofică cicatricială. Recidivele sînt frecvente. Tratamentul este cel din uveite.

1. Bonnet M. : *Conf. lyon. ophtalm.*, 1964, nr. 73.
2. Duke-Elder : *System of ophtalmology*, vol. X. Diseases of the retina. H. Kimpton, London, 1967.
3. Klein B. A. : *Amer. J. Ophtalm.*, 1956, 42, 9.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire.* Ed. Doin-Doren, 1970.

JERSILD (sindromul lui) (1933) : **sindromul elefantiazic genito-ano-rectal ; sifilomul anorectal al lui Fournier.**

Sindromul de mai sus reprezintă o asociere între infiltraţia scleroasă a anusului şi rectului (ano-rectită vegetantă şi ulceroasă), o stare elefantiazică a regiunii anale şi perianale şi uneori, leziuni similare ale vulvei (estiomen). Socotit altă dată ca un sifilom ano-rectal (al lui Fournier), acest sindrom are etiologie diferită : sifilis, blenoragie, tuberculoză, infecţii banale, şancru moale şi în primul rînd, boala lui Nicolas-Favre. Tratamentul constă din administrare de antiseptice locale.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine ed. Paris, 1956.
2. Jersild O. : *Ann. Derm. Syph.*, 1921, 6, 2, 433.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

JERVELL-LANGE-NIELSEN (sindromul lui) (1957) : **sindromul dismorfic ereditar ; sindromul cardio-auditiv.**

Este un sindrom dismorfic ereditar ce se transmite după modul recesiv autosomic. Se manifestă prin sincope cardiace determinate de tulburări de conducere cu alungirea intervalului QT, care pot fi mortale. La necropsie se observă un infarct hemoragic al regiunii nodului sinusal. Diagnosticul de certitudine de sindrom Jervell-Lange-Nielsen se pune numai atunci cînd pe lîngă manifestările de mai sus, există şi o surditate congenitală cu absenţa organului lui Corti.

1. Emerit J. : *Vie Médicale*, 1973, 1, 21.
2. James N. J. : *Amer. J. Cardiology*, 1967, 19, 627.
3. McKusick V. A. : *Circulation*, 1964, 30, 326.
4. Pernot C. şi colab. : *Arch. Mal. Coeur*, 1972, 65, 261–274.
5. Sternberg M. A., Neufeld H. : *Progress in cardiovascular diseases*, 1968, 10, 385.

Scanned with OKEN Scanner

6. Vernant P., Emerit J.: *Encyclopédie médicale et Chirurgicale. Coeur et vaisseaux*, 1966, 1, 1.

JEFFERSON (sindromul lui) (1938): **sindromul părții posterioare a lojei cavernoase.**

Este un sindrom neurologic care interesează partea posterioară a lojei cavernoase și care se datorește unei obstrucții a ei de către un anevrism carotidian. Se manifestă clinic prin paralizia perechilor V și VI de nervi cranieni, în urma compresiunii care se exercită de acest anevrism. Un alt simptom des întîlnit în acest sindrom este lăcrimarea.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, Paris, 1971.
4. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.

JEGHERS-PEUTZ (sindromul lui): **lentigino-polipoza digestivă; sindromul Peutz-Jeghers.**

Este o polipoză intestinală cu pigmentarea feței, adesea ereditară. Tabloul clinic se caracterizează printr-o pigmentare a feței, a buzelor, a mucoasei bucale și cîteodată, a degetelor și prin efelide de culoarea cafelei cu lapte, care apar în copilărie sau chiar de la naștere. În afară de aceste simptome, se întîlnește și o polipoză difuză a tractusului digestiv, mai ales la nivelul intestinului subțire. Polipii nu au decît o slabă tendință la transformare malignă. Ei pot cauza însă diferite tulburări de asimilare, anemie, caşexie și uneori, chiar ocluzie intestinală. Nu are tratament decît simptomatic.

1. Avery-Jones F., Gummer J. W. F.: *Clinical Gastroenterology*. Thomas, 1960.
2. Bockus H. L.: *Gastroenterology*, 2nd. Vol. II, ed. W. B. Saunders, 1963–1965.
3. Fodor O.: *Tratat elementar de medicină internă*. Ed. Dacia, 1973.

JEUNE (sindromul lui): **distrofia toracică asfixiantă.**

Este un sindrom descris în anul 1955, ce face parte din grupul condrodistrofiilor compatibile cu viața. Se caracterizează clinic prin strîmtorarea toracelui (îngustarea), discretă scurtare a

Scanned with OKEN Scanner

membrelor și crize dispneice. Radiologic se observă o modificare a coastelor, care sînt scurte, orizontale și cu extremități neregulate. Boala are o transmisie recesivă autosomică.

1. Jequier C. J. : *Arch. Franc. Ped.*, 1970, 2, 177.
2. Jeune M., Berand C., Carron R. : *Arch. Franc. Pediatr.*, 1955, 12, 886–891.
3. Silverman F. N. : *Radiol. Clin. N. America*, 1968, 6, 223-237.
4. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

JOCHANSON-SEDING LARSEN (boală) (1922) : **osteocondrita patelară ; osteopatia patelară juvenilă ; osteopatia juvenilă de creștere a rotulei.**

Este o afecțiune osteo-articulară ce se observă mai frecvent la copii, caracterizîndu-se din punct de vedere clinic, printr-un edem la nivelul articulației genunchiului, exsudat și o atrofie a cvadricepsului crural. La examenul radiologic al rotulei se constată o suprafață neregulată a rotulei, mai ales a feței sale anterioare, iar în partea inferioară a rotulei, existența unor mici plăci osoase izolate.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
3. Redochey L., Samogyi J. : *Zbl. Chir.*, 1958, 38, 1 825.

JOHNSTON (boala lui) (1948) : **sindromul mișcărilor în oglindă.**

Este o afecțiune neurologică cu caracter familial, care se caracterizează din punct de vedere clinic prin apariția unor mișcări bizare a extremităților superioare, cunoscute sub denumirea de „mișcări în oglindă".

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Feighin M. : *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, Buc., 1967.

JONG De (sindromul sau boala lui) (1955) : **paramiotonia.**

Este o afecțiune neurologică ce face parte din grupul miotoniilor. Este o boală cu carac-

Scanned with OKEN Scanner

ter congenital și familial. Din punct de vedere clinic, se caracterizează printr-o contracție a mușchilor mimicei, la răceală. Contracția dispare în cîteva minute, la căldură. Degetele, sub influența răcelii rămîn contracturate și revin la normal după o perioadă de expunere la căldură.

1. Becker P. E. : *Zwanzigste Österreichische Ärztetagung Wien*, Van Swieten Kongress, 17–22 October 1966. Springer Verlag, 1967, Wien.
2. Lambert E. H., Eaton L. M., Rooke E. D. : *Amer. J. Physiol.* 1956, 187, 612–613.
3. Walton J. N. : *Brit. Med. J.*, 1964, 1.

JONXIS (sindromul lui) : **tubulopatie parțială.**

Este o formă specială de rahitism cu hiperfosfaturie și hiperaminacidurie. Atît rahitismul cît și eliminarea crescută de acizi aminați se datoresc unei insuficiențe funcționale a tubului contort proximal.

1. Jonxis J. H. P., Smith P. A., Huisman T. H. J. : *Lancet*, II, 1952, 1 015.
2. Jonxis J. H. P. : *Erg. inn. Med.* (Neure Folge), 1957, 8, 169.
3. Reubi F. : *Néphrologie clinique*. Masson C-ie, 1961, Paris.

JORGE LOBO (boală) : **forma cheloidiană de blastomicoză ; boala lui Gilchrist (vezi).**

JOSEPH (boala lui) : **displazia craniodiafizară progresivă.**

Afecțiune ce face parte din grupul osteozelor condensante genetice cu modul de transmitere autosomic, deseori dominant, care se aseamănă din punct de vedere clinic cu osteopatia hiperostozantă multiplă a lui Camurati și Engelmann, de care se deosebește prin faptul că modificările radiologice sînt cantonate la nivelul bazei și bolții craniului și la față. Leziunile radiologice se caracterizează printr-o condensare și o îngroșare a diafizelor.

1. Lièvre J. A. : *Presse méd.*, 1954, 62, atlas rad.
2. Louyot P. : *Rev. Prat.* 1971, XXI, 23, 3 401.
3. Fauré C. : *Rev. Rhumatisme*, 1965, 32, 683–692.

JOSEPHS-BLACKFAN-DIAMOND (sindromul lui) : **anemia hipoplastică criptogenetică a sugarului ;**

Scanned with OKEN Scanner

sindromul Lelong şi Joseph; sindromul Gasser; sindromul Sarrouy.

Este o eritroblastopenie esenţială asemănătoare bolii lui Glanzmann, însă, pe lîngă semnele hematologice caracteristice (absenţa oricărui semn de regenerare a seriei roşii), bolnavii mai prezintă diferite malformaţii de aspect mongoloid. Afecţiunea este extrem de rară şi foarte gravă.

1. Bernard J., Bessis M.: *Hématologie clinique*, Masson C-ie, 1958.
2. Begemann H., Harwerth H. G.: *Praktische Hämatologie*. 2 Aufl., G. Thieme, Stuttgart, 1965.
3. Dacie J. V.: *Practical Hematology*, Churchill, London, 1958.
4. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*. Lea and Febiger, Philadelphia, 1961.

JOSUÉ (sindromul lui): sindromul cardiorenal.

Rinichiul cardiac care determină apariţia sindromului cardio-renal se traduce îndeosebi prin simptome urinare: densitate urinară crescută, oligurie, albuminurie, cilindrurie şi eventual, o microhematurie discretă. Originea proteinuriei trebuie căutată într-o tulburare a permeabilităţii renale, iar oliguria şi creşterea densităţii urinare, în perturbări hemodinamice ale rinichiului cardiac, adică diminuarea importantă a fluxului plasmatic şi o diminuare mai puţin marcată a filtraţiei glomerulare. Din această cauză, fracţia de filtraţie este totdeauna crescută. Retenţia de sodiu se datoreşte atît diminuării excreţiei de sodiu cît şi scăderii fluxului glomerular. La retenţia de sodiu şi consecutiv la apariţia de edeme concură de asemenea şi creşterea presiunii în vena renală cît şi apariţia hiperaldosteronismului secundar. Ameliorarea funcţiilor renale este secundară ameliorării funcţiilor cardiace. Tratamentul constă din administrare de tonicardiace şi diuretice.

1. Bickel G.: *Arch. Mal. Coeur*, 1956, 49, 651.
2. Brod J., Fejfar Z., Fejfarova M. H.: *Acta med. scand.*, 1954, 148, 273.
3. Heller B. J., Jacobson W. E.: *Amer. Heart J.*, 1950, 39, 188.
4. King S. E., Baldwin D. S.: *Amer. J. Med.*, 1956, 20, 217.

Scanned with OKEN Scanner

5. Reubi Fr. : *Néphrologie clinique*, Masson C-ie, Paris, 1961.

JUBERG-HAYWARD (sindromul lui) : **sindrom malformativ complex.**

Este un sindrom malformativ complex fără anomalii ale frîului bucal, caracterizat prin microcefalie, gură de iepure, diviziunea palatină, implantaţie distală a policelor hipoplazici, limitarea extensiei coastelor, anomalii ale degetului mare de la picioare. Boala este ereditară cu mod de transmisie recesiv autosomic.

1. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Masson C-ie, Paris, 1962.
2. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects. : Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65.
3. Juberg R. C., Hayward J. R. : *J. Pediatr.*, 1969, 74, 755–762.
4. Walbaum R., Maillard E., Donazzan M., Carbain M., Fontaine G. : *Lille Méd.*, 1970, 15, 6, 917–930.

JUHEL-RENOY (sindromul lui) (1886) : **necroza corticală a rinichiului.**

Necroza corticală a rinichiului a fost descrisă în 1886 de Juhel-Renoy la o fetiţă bolnavă de scarlatină. În majoritatea cazurilor, necroza corticală survine la femei în timpul sarcinii sau în postpartum, mai ales cînd este vorba de o eclampsie sau o necroză a hipofizei. La bărbat şi la copil, necroza corticală a rinichiului survine în cursul diferitelor infecţii grave (stafilococ), intoxicaţii acute sau tulburări hidroelectrolitice marcate. Anatomopatologic, boala se prezintă cu numeroase necroze întinse în corticală şi cu lizereu hemoragic. Arterele interlobulare şi aferente sînt deseori trombozate. Afecţiunea debutează prin dureri lombare cu hematurie. Adesea există concomitent o ridicare a temperaturii. În cazurile grave apare oligo-anuria şi fenomene grave de insuficienţă renală progresivă. În acest stadiu, este greu de diferenţiat o necroză corticală renală de un rinichi de şoc sau de o nefropatie toxică. Boala este foarte gravă ; evoluţia este de obicei fatală.

1. Allen A. C. : *The kidney.* Grune and Stratton, New York, 1951.
2. Juhel-Renoy E. : *Arch. gén. Méd.*, 1886, 385.

Scanned with OKEN Scanner

3. Reubi Fr. : *Néphrologie clinique.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1961.
4. Sheehan H. L., Moore H. C. : *Renal cortical necrosis and the kidney of concealed hemorrhage.* Thomas, Springfield, 1953.
5. Wahle G. H., Muirhead E. E. : *Texas J. Med.*, 1953, 49, 770.

JULIUSBERG (sindromul lui) : **pustuloza vacciniformă acută ; erupţia variceliformă Kaposi (vezi).**

JULIUSBERG (sindromul lui) : **pitiriazisul lichenoid cronic ; parapsoriazisul în picătură.**

Este o afecţiune dermatologică caracterizată printr-o reacţie inflamatorie a pielii, banală, acută sau cronică, cu predispoziţie genetică, ce se manifestă clinic prin apariţia unor scuame argintii pe plăci de un roşu aprins, localizate la nivelul genunchilor, coatelor şi a pielii capului. În această formă de psoriazis, zonele scuamoase au un caracter lichenoid şi sînt cantonate zonal. În afară de leziunile cutanate, bolnavii mai prezintă un prurit la locul de diseminare a zonelor scuamoase. Se mai pot observa de asemenea şi diferite manifestări articulare, care îmbracă aspectul poliartritei cronice evolutive. Tratamentul constă din aplicarea locală de creme cu corticosteroizi (triamcinolon) şi unguent amoniomercurial 5%. În ceea ce priveşte efectul terapeutic, acesta este foarte redus, psoriazisul fiind o afecţiune cu evoluţie lungă şi foarte recalcitrantă la orice medicament.

1. Comaish S. : *Arch. Dermat.*, 1965, 92, 56–58.
2. Lomholt G. : *Psoriasis Prevalence, spontaneous course and genetics.* Gad, Copenhagen G.E.I., 1963.
3. Rees R. B. şi colab. : *Arch. Dermat.*, 1964, 90, 544.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin*, ed. XI, Mosby, 1956.

JOHNSON (sindromul lui) : **hiperbilirubinemia idiopatică ; sindromul lui Dubin-Johnson (vezi).**

JONES (boala lui) : **osteocondromatoza ; boala lui Henderson-Jones (vezi).**

JUNET (sindromul lui) : **forma clinică de acromegalie ; acromegalia femeii în vîrstă sau sindromul lui Troell-Junet.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o formă clinică de acromegalie, care se întîlnește la femeia în vîrstă. În afară de semnele caracteristice ale acromegaliei, în această formă se mai observă hiperostoza craniului, gușă cu hipertiroidie și cîteodată, diabet.

1. Hamvi G. J. și colab. : *Am. J. Med.*, 1960, 29, 690.
2. Kozak G. P. și colab. : *Metabolism*, 1966, 15, 290.
3. Rand R. W. și colab. : *J.A.M.A.*, 1964, 189, 255.
4. Young D. G., Bahn R. C., Randall R. V. : *J. Clin. Endocrinology*, 1965, 25, 249.

JÜNGLING (boala lui (1920) : **osteita tuberculoasă chistică multiplă ; maladia lui Perthes-Jüngling.**

Este o formă clinică a bolii lui Besnier-Boeck-Schaumann, boală generală considerată ca o reticuloză benignă ale cărei localizări multiple și diverse exteriorizează reacția sistemului reticulo-endotelial la un agent încă necunoscut. Boala lui Perthes-Jüngling reprezintă localizarea osoasă a bolii lui Boeck-Schaumann. Ea este localizată cel mai adesea la extremități (degetele mîinilor și picioarelor) și se întovărășește de o tumefiere a părților moi. Examenul radiografic arată la centrul sau la extremitățile falangelor, imagini de osteoliză cu geode de mărimi variate, care nu prezintă nici densificare periferică și nici reacție periostică. Tratamentul este îndoielnic. Se administrează săruri de aur, arsenic, antibiotice, roentgenterapie și corticoizi. Prognosticul este relativ bun.

1. Dressler M. : *Ergebn. inn. Med. Kinderheilk.*, 1942, 62.
2. Haas-Ernst H. G. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1960, 90, 568.
3. Schands A. R. : *Orthoped. Surg.*, 1948, 119.
4. Wurm K. : *Schweiz. med. Wschr.*, 1960, 90, 768.

JUNIUS-KUHNT (boala lui) (1923—1926) : **degenerescența senilă maculară din arterioscleroză ; degenerescența exsudativă maculară.**

Este o afecțiune oculară ce se observă cel mai adesea după vîrsta de 40 ani (există și o formă juvenilă a lui Junius). Etiologia bolii este foarte variată : ateroscleroza, degenerescența, fragilitate vasculară ereditară, diabet zaharat, hipertensiune arterială, lues, nefropatii, diatezele

Scanned with OKEN Scanner

hemoragice şi chiar tulburări vasomotorii. Cauza directă patogenică a bolii o reprezintă hemoragia sau transudarea plasmei din capilarele coroidiene, prin disocierea lamei lui Bruch. Exsudatul difuzează între această lamă şi stratul pigmentar retinian. După o perioadă mai mult sau mai puţin îndelungată, apare la nivelul maculei o masă hipertrofică, bine delimitată cu dispoziţie subretiniană. De obicei, boala este bilaterală. Afectarea celui de al doilea ochi se face după o perioadă de 6—12 luni de la debutul bolii.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Drozdowska S. : *Klinica Oczna*, 1953, 23, 195.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire.* Doin-Doren, 1970.

JÜRGENS (sindromul lui) (1937) : **trombocitopatia esenţială constituţională.**

Sindromul lui Jürgens face parte din grupul trombasteniilor, boli determinate de o disfuncţie ereditară a plachetelor sanguine. Aceste boli se manifestă clinic printr-o purpură mai mult sau mai puţin severă şi prin hemoragii ale mucoaselor şi a unor organe interne. Sindromul lui Jürgens este o anomalie funcţională plachetară ereditară, de tip dominant care interesează de obicei sexul feminin, la care se asociază şi tulburări ale permeabilităţii capilare. Plachetele sanguine sînt normale atît ca formă cît şi ca număr. Timpul de sîngerare şi de coagulare cît şi retracţia cheagului sînt normale, în schimb semnul lacet-ului este pozitiv, iar elasticitatea cheagului măsurată prin tromboelastografie este diminuată. Prognosticul bolii este favorabil.

1. Ackroyd J. F. : *Am. J. Med.*, 1953, 14, 605.
2. Biggs R., MacFarlane R. G. : *Human Blood Coagulation and its Disorders*, ed. VI, Blackwell, 1962.
3. Jürgens R. : *Erg. inn. Med.*, 1937, 53, 795.
4. Ratnoff O. D. : *Bleeding Syndromes : A clinical manual.* Thomas, 1960.
5. Wintrobe M. M. : *Clinical Hematology*, ed. V-a. Lea and Febiger, 1961.

Scanned with OKEN Scanner

JVEMARK (sindromul lui) (1955) : **polidistrofia lui Ivemark ; asplenia ; agenezia splenică.**

Este o malformaţie splenică asociată cu o cardiopatie congenitală complexă sau cu o inversare a viscerelor toracice şi abdominale. Etiologia bolii nu este precizată, iar tabloul clinic nu este tipic. El se manifestă printr-o cianoză precoce, colaps. La examenul electrocardiografic şi radiologic se decelează dextrocardie. În sînge se găseşte un număr mare de eritroblaşti, eritrocite în formă de ţintă şi corpii Howell-Jolly. La examenul fizic se constată absenţa congenitală a splinei, defecte de dezvoltare a cordului şi a vaselor mari (inimă bi- sau triloculară, persistenţa canalului arterial, stenoza sau obliterarea arterei pulmonare, transpoziţia vaselor mari), inversarea completă sau parţială a viscerelor.

1. Goldiş G. şi alţii : *Pediatria* (Buc.), 1972, 21, 2, 97–106.
2. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
3. Ivemark B. : *Arch. Pediatr.*, 1955, 44, 950.
4. Matioc R., Pavel M., Şerban Fl. : *Pediatria* (Buc.), 1968, 2, 147.

Scanned with OKEN Scanner

K

KADINSKI (sindromul lui) (1890) : **sindromul automatismului psihic.**

Este un sindrom psihic foarte frecvent în schizofrenie, datorită unui proces de depersonalizare, care determină bolnavul să se comporte ca şi cum ar fi un observator detaşat de propriile sale acţiuni. Bolnavii au impresia că diferite umbre le răpesc gîndurile proprii şi că sînt traşi de persoane străine de stomac, intestin, vezica urinară (simptome din sfera somato-psihică). Pe lîngă acestea, bolnavii au şi o dezvăluire interioară a tulburării onirice, adică aparţin unor imagini groaznice, ca la cinematograf. Nu rareori, bolnavii prezintă tulburări de conştiinţă, memorie şi orientare.

1. Bateson G. şi colab. : *Behavioural Sc.*, 1956, 1, 251.
2. Deane W. N. : *Ment. Hyg.*, 1963, 47, 477.
3. Kadinski V. : *O pseudogallinţinaiah Kritiko-kliniceskii etiud.* C., Petersburg, 1890.
4. Waring M., Ricks D. : *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 1965, 140, 351.

Scanned with OKEN Scanner

KADINSKI-CLERAMBAULT (sindromul lui) (1890) : automatismul psihotic ; automatismul mental.

Este un sindrom psihic întîlnit deseori la sch'zofrenici, caracterizat printr-o senzaţie patologică de influenţare, imprimare şi dirijare din afară a activităţii psihice. Se datoreşte unei reacţii de depersonalizare a bolnavului care-l determină să se supună fără nici un fel de obiecţie unui ordin străin, luînd prin aceasta scopul unui individ drept al său propriu, deşi nu are pentru acesta o bază suficientă şi chiar încearcă să se lupte interior cu aceasta. Resemnarea psihotică se manifestă cel mai pregnant prin ecolalie, ecokinază şi ecopraxie. Cauzele acestui sindrom, ca şi acele ale schizofreniei, nu sînt clare şi sînt, probabil, multiple. În afară de predispoziţia genetică, mai pot fi incriminate frustraţiile şi privaţiunile, precum şi tendinţa de interiorizare în faţa diferitelor traume psihice.

1. Bruch H. : *Arch. Gen. Psychiatr.*, 1966, 14, 346.
2. Deane W. N. : *Ment. Hyg.*, 1963, 47, 477.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry*. McGraw-Hill, 1963.
4. Guljanow M. G. : *J. Nevropat. Psichiatr.*, S. S. Korsakow, 1972, 72, 11, 1 847.
5. Kadinski V. : *O pseudogallinţinaiah Kritiko-Kliniceskii etiud*, 1890.
6. Shaw C. R. : *Psyhartric Disorders of Childhood*. Appleton-Century, 1966.

KAHLER (boala lui) (1889) : mielomul multiplu ; boala Ruţiski-Kahler ; plasmocitomul multiplu al oaselor.

Boala lui Kahler sau mielomul multiplu este o afecţiune malignă a sistemului hematopoietic ce se caracterizează printr-o proliferare malignă a liniei plasmocitare medulare şi prin anomalii specifice a imunoglobulinelor în relaţie cu proliferarea plasmocitară. Face parte din grupul disglobulinemiilor maligne primitive alături de boala lui Waldenström şi bolile lanţurilor grele. Afecţiune nu prea rară, boala atinge fără predominenţă de sex, adultul între 45—65 ani. Este excepţională sub 40 ani. Tabloul clinic se caracterizează prin dureri osoase, adesea etichetate reumatismale, anemie izolată, proteinurie, fracturi spontane sau paraplegie spasmodică, alterarea stării generale, astenie, stare subfebrilă şi pa-

Scanned with OKEN Scanner

loare. La acestea se mai adaugă adenopatii superficiale, hepatosplenomegalie și diferite manifestări renale. Biologic: modificările hemogramei sînt puțin caracteristice, în schimb mielograma este mai importantă. Se caracterizează printr-o plasmocitoză importantă, ce poate atinge valori foarte mari (60—80%). Viteza de sedimentare este foarte accelerată. În 75% din cazuri există o hiperprotidemie cu o electroforeză caracterizată printr-o săgeată în grupul beta și al gamaglobulinelor. Imunoelectroforeza arată o creștere a IgG și IgA. Boala este constant mortală în decurs de 2 ani. Se citează complicații neurologice (compresiuni ale măduvei și cozii de cal), renale, infecțioase și hemoragice. Tratamentul actual, care poate prelungi oarecum evoluția mielomului multiplu, se sprijină pe administrarea melphalanului și cyclophosphamidei, care sînt două antimitotice, derivați ai iperitei nitrate.

1. Bauters F.: *Lille méd.*, 1972, t. XVII, 7, 1 032.
2. Bernard J., Bessis M.: *Hématologie clinique*, Masson C-ie, Paris, 1958.
3. Dechaume M.: *Précis de stomatologie*. Masson C-ie, édit. Paris, 1962.
4. Goudemand M.: *Lille médical*, 1972, 17, 7, 1 028.
5. Havez R., Biserte G.: *Lille Méd.*, 1972, t. XVII, nr. spéc.
6. Seligman M.: *Presse Méd.*, 1967, 75, 1 631.

KAHLER (boala lui): **inflamația poliradiculară sifilitică.**

Este o afecțiune neurologică determinată de o inflamație poliradiculară de origine sifilitică, ce se manifestă clinic prin pareze flasce ale extremităților superioare și inferioare, dureri și atrofie discretă a mușchilor. În lichidul cefalorahidian, ca și în oricare infecție luetică, se găsește o disociație albuminocitologică netă. Evoluția depinde de precocitatea și eficacitatea tratamentului antiluetic instituit.

1. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, édit. Paris, 1971.
2. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*. 3rd. ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
4. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd. ed. Williams and Wilkins, 1955.

Scanned with OKEN Scanner

KAHLBAUM (boala lui) (1898) : **demența precoce cu catatonie ; presbiofrenia.**

Este o psihoză ce se instalează înaintea perioadei de bătrînețe, îndeosebi la femei, în jurul vîrstei de 40—50 ani. Se pare că ateroscleroza joacă un rol important în declanșarea bolii. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin lipsă de interes pentru mediul ambiant, față de oameni, de muncă, de alimentație și de activitate sexuală. Tulburările de somn constituie de asemenea o caracteristică a acestei boli ; bolnavul adoarme greu și se trezește devreme. Este preocupat de existența sa avînd sentimentul de inutilitate și eșec. În unele cazuri, se observă o agitație paranoidă deosebită. Intelectul este deseori interesat. Sînt frecvente tulburările memoriei cu amnezie de fixație și dezorientare în timp și spațiu. Această psihoză depresivă este de obicei intensă, fiind dominată de o mare anxietate și agitație.

1. Arieti S. : *Maniac-depressive psychoses.* In American Handbook of Psychiatry. Vol. 1, Basic Books, 1959.
2. Bellak L. : *Contemporary European Psychiatry,* Grove, 1961.
3. Enelow A. J. : *California Med.,* 1965, 102, 1—4.
4. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry.* McGraw-Hill, 1963.

KAHLMETTER (boala lui) (1934) : **reumatismul alergic cu rash cutanat.**

Este o formă clinică de reumatism poliarticular acut, care se întîlnește de obicei la femeie în jurul vîrstei de 30—40 ani, manifestîndu-se în afară de tumefierea articulațiilor și febră, printr-un rash scarlatiniform. Erupția este de tip eritematos. Ea îmbracă un aspect inelar sau de tip marginat, cu plăci arămii, rotunde, înconjurate de un lizereu roș. Erupția este de obicei localizată pe trunchi. Deseori se poate observa de asemenea și apariția concomitentă a unei purpure. Patogenia bolii este infecto-alergică, cu predominența factorului alergic. Evoluția este de 3—4 săptămîni ; reacționează favorabil la terapeutica antialergică cu antihistaminice de sinteză și corticosteroizi.

Scanned with OKEN Scanner

1. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Feinstein A. R., Spagnolo M. : *Medicine,* 1962, 41, 279.
3. Hollander J. L. şi colab. : *Ann. Int. Med.,* 1965, 62, 271.
4. Markowitz M., Kuttner A. G. : *Rheumatic Fever. Diagnosis, Management and Prevention,* Saunders, 1965.
5. Ragan C., Farrington E. L. : *J.A.M.A.,* 1962, 181, 663.
6. Sharp J. T. şi colab. : *Medicine,* 1964, 43, 41.
7. Waine H. : *Arthritis and Rheumatism,* 1963, 6, 83.

KALA-AZAR (boală) : **leishmanioza viscerală ; febra neagră de Assam ; dum-dum.**

Este o boală infecţioasă ce face parte din grupul leishmaniozelor, afecţiuni cauzate de protozoarele din genul Leishmania. Kala-Azar este produsă de Leishmania Donovani, a cărei varietate mediteraneană se cheamă „leishmania infantum". Rezervorul de virus cel mai important al bolii este cîinele, şacalul şi rozătoarele mici. Agentul vectorial este phlebotomul argentipes, major sau perniciosus. Perioada de incubaţie a bolii este de la 1 săptămînă la cîteva luni. Debutul bolii se manifestă cu febră neregulată, cu erupţii cutanate şi tulburări digestive. În perioada de stare, în afară de simptomele de mai sus, mai apare o splenomegalie indoloră, dură şi netedă, anemie şi adenopatii generalizate. Toate aceste simptome duc la caşexie. Puncţia ficatului, a splinei sau a ganglionilor limfatici permite punerea în evidenţă a parazitului. Mortalitatea este de 90% în cazurile tratate incomplet sau netratate şi de numai 10% în cele tratate complet cu preparatul cvasi specific Neostibosan (un medicament ce are la bază antimoniu).

1. Adams A. R. D., Maegraith B. G. : *Clinical Tropical Diseases,* 3rd, ed. Blackwell, 1964.
2. Dutz H. : *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten.* VEB Gustav Fischer Verlag, 1969.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
4. Manson-Bahr P. E. C. : *J. Trop. Med.,* 1964, 67, 85.

Scanned with OKEN Scanner

KALABAR (boală): **filaria Boa-Boa; buba de Kalabar; boala de Camerun (vezi).**

KALTENBACH (boala lui) (1897): **encefalita periaxială difuză sclerozantă; sindromul Heubner-Schilder-Foix; encefalopatia difuză Flatau; boala lui Schilder.**

Este o afecțiune neurologică ce debutează cu tulburări ale personalității, paralizii spastice ale extremităților, contracturi, scăderea acuității vizuale sau cecitate de origine corticală sau atrofie progresivă a papilelor nervilor optici. Într-o fază mai avansată a bolii, la simptomele de mai sus se mai adaugă o stare subfebrilă, caşexie şi tulburări sfincteriene. Boală degenerativă, lent progresivă, boala lui Kaltenbach, se datorește unei demielinizări masive a substanței albe cerebrale şi unei proliferări a nevrogliei. Din cauză că procesul patologic începe din regiunea occipitală a creierului, boala se manifestă la început printr-o hemianopsie. Se deosebesc mai multe forme clinice: forma pseudoparalitică, poliklerotică, pseudotumorală şi pseudocatatonică. Diagnosticul bolii nu este de obicei pus decît la autopsie, deoarece tabloul clinic este acela al unei tumori cerebrale.

1. Brainerd H.: *J. Pediatr.*, 1950, 37, 478.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KANNER (sindromul lui) (1943): **autismul infantil precoce; schizofrenia precoce.**

Autismul infantil precoce, cunoscut şi sub denumirea de sindromul lui Kanner, este un sindrom clinic care apare destul de timpuriu şi are o evoluție şi o simptomatologie clinică deosebită. Afecțiunea se observă mai ales la băieți şi apare în primii 2 ani de viață. Se manifestă chiar de la început printr-o indiferență totală față de mediul înconjurător şi absența contactului cu părinții şi persoanele apropiate. Acești copii nu au surîs şi nu fac nici un fel de gest atunci cînd sînt distrați. Ei pot executa mişcări autohedonice, exprimate de obicei prin mişcări ritmice ale capului şi pendulații ale corpului. Deşi încep să vorbească tîrziu, totuşi la examenul neu-

Scanned with OKEN Scanner

rologic, nu se observă simptome patologice. Datorită absenței contactului psihic cu persoanele din jur, aprecierea dezvoltării intelectului este deosebit de dificilă de apreciat.

1. Bateson G. și colab. : *Behavioural Sc.*, 1956, 1, 251.
2. Deane W. N. : *Ment. Hyg.*, 1963, 47, 477.
3. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry*. McGraw-Hill, 1963.
4. Kanner L. : *Nerv. Child.* 1943, 2, 2.
5. Redlich F. C., Freedman D. X. : *The theory and practice of Psychiatry*. Basic Books, 1966.
6. Schnachter M. : *Pédiatrie*, 1958, XII, 2, 175.

KAPLAN-GRUMBACH-VESIN (sindromul lui) (1953): **neuroblastomul congenital ; neuroblastomul lui Virchow (1863) ; neuroblastomul congenital rapid mortal al lui Peeper (1901).**

Neuroblastomul congenital este o tumoare care se dezvoltă cu punct de plecare de la țesutul simpatic embrionar. Această formă diseminată determină metastaze masive în țesutul celular. Boala este rapid mortală.

1. Hegglin R. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*. Editura Medicală, Buc., 1969.
2. Touraine A. : *L'hérédité en médecine*. Masson C-ie, Paris, 1955.
3. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie*. München–Berlin, 1951.

KAPOSI (boala lui) : **eczema herpetiformă.**

Este o formă rară de infecție primitivă la bolnavii care anterior prezintă o eczemă. Astfel, în zonele cutanate eczematoase, apar brusc, însoțite de febră, numeroase vezicule de mărimea unui bob de linte, de aspectul celei produse de varicelă, umplute cu lichid seros. Unele din aceste vezicule se sparg și prezintă după aceea aspectul aftelor din stomatită ; altele prezintă în centru o înfundătură ombilicată. Boala este foarte gravă. Introducerea în terapeutică a cortizonului și a antibioticelor a ameliorat prognosticul bolii. Atunci cînd boala nu se termină letal, în locul veziculelor rămîn cicatrice ca cele postvaccinale.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie*. Maloine, edit. 1956.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Med., Buc., 1965.
3. Temine P. : *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2 815.

KAPOSI (boala lui) : **acroangiomatoza lui Kaposi.** Este o reticuloză angiogenă de natură necunoscută, ce se manifestă electiv la nivelul extremităţilor, sub forma unor plăci roş-violaceu, angiomatoase, difuze, care dispar mai mult sau mai puţin la presiune. Aceste plăci invadează simetric membrele, se infiltrează, devin neregulate, papuloase sau nodulare, sînt dure la început, iar ulterior, se pot ramoli şi deveni flasce. Leziunile sînt înconjurate de teleangiectazie, dilataţii venoase şi angioame difuze. Cîteodată un edem dur, difuz, dureros, pachidermic poate deforma picioarele şi degetele care devin caracteristice. Evoluţia este variată ; unele cazuri se pot extinde pe tot corpul, în altele, se observă regresiuni spontane sau terapeutice. Boala nu mai poate fi astăzi inexorabil fatală.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, 1956.
2. Kalamkarjan A. A. : *Klin. Mediţ.*, 1972, 50, 6, 50.
3. Temine P. : *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2 815.

KAPOSI (boala lui) : **lupusul exantematic ; boala lui Libman-Sachs** (vezi).

KAPOSI (sindromul lui) : **limfangiomul tuberos multiplu al lui Kaposi; hidradenomul eruptiv Jacquet-Darier** (vezi).

KAPOSI (boală) : **eczema herpetică Kaposi ; pustuloza vacciniformă.**

Este o eczemă suprainfectată cu virus vaccinal (eczema vaccinală) sau prin virusul herpesului simplu. Afecţiunea se caracterizează clinic prin zone cutanate eczematoase, care apar brusc, se însoţesc de febră, de numeroase vezicule de mărimea unui bob de linte, asemănătoare cu erupţia din varicelă şi care sînt umplute cu un lichid seros. După spargere, rămîne în centru o înfundătură ombilicată. Febra mare persistă cîteva zile, chiar şi atunci cînd se aplică un tratament energic. Prognosticul eczemei depinde de virusul suprainfectant. În cazul eczemei vaccinale, afecţiunea poate fi fatală. Cînd se vindecă, ea

Scanned with OKEN Scanner

poate lăsa cicatrice persistentă, asemănătoare cicatricelor vaccinale.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Turanow N. M. : *Vestnik dermatologhi i vener.*, 1973, 2, 3.

KAPOSI (boală) : **eczema variceliformă Kaposi ; eczema herpetică Kaposi (vezi).**

KAPOSI (boală) : **hiponoderma ; dermamioza migratoare de tăun ; erupţia serpiginoasă Li ; larva migratoare ; boala lui Crocker (vezi).**

KAPOSI (boală) : **sarcomul lui Kaposi ; sarcomul idiopatic hemoragic multiplu.**

Este un limfom multiplu care se manifestă clinic prin macule roşii sau purpurice, plăci şi noduli, situaţi la nivelul tegumentelor membrelor inferioare. De multe ori se pot observa edeme importante ale membrelor. Leziunile se dezvoltă lent şi pot invada organele interne. Boala este mai frecventă la italieni, evrei, ruşi şi negrii din unele părţi ale Africii. Boala duce la moarte prin caşexie şi infecţii intercurente, după o evoluţie relativ lungă.

1. Calenoff L. : *Am. J. Roentgen., Rad. Therap. and Nuclear Med.*, 1972, 114, 52.
2. Conn H., Conn R. : *Current Diagnosis 2.* W. B. Saunders, Phil., 1969.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

KAPOSI-JULIUSBERG (boala lui) (1887) : **pustula varioliformă ; eczema herpetiformă ; pustuloza varioliformă ; pustuloza vacciniformă.**

Este o dermatoză relativ rară care se manifestă clinic printr-o pustulă cu caracter varioliform produsă de un virus probabil de tip herpetic. Se afirmă de către unii că această afecţiune ar putea fi determinată de asemeni de vaccină, varicelă, de un herpes suprainfectat sau de o eczemă infantilă. În afară de erupţia papuloveziculoasă caracteristică, ce evoluează rapid spre ombi-

Scanned with OKEN Scanner

licare, ea are tendință la supurație și hemoragii. Se manifestă și prin fenomene generale accentuate, febră mare, sindrom toxic, tulburări psihice, etc. Boala evoluează sever și în circa 25% din cazuri se înregistrează decese. Tratamentul este numai simptomatic.

1. Andrews G. C., Domonkos A. : *Diseases of the skin.*, Saunders, 1963.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie*, 1952.
3. Halpern M. : *J.A.M.A.*, 1967, 20, 141.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology*, Blackwell, Oxford, 1968.

KAPOSI-JRGANG (boala lui) : **eritematodul profund ; forma profundă a lichenului eritematos.**

Este o dermatoză ce se manifestă clinic prin prezența unui lichen eritematos tipic pe față și prin niște tuberculi sau noduli asemănători morfologic cu inflamația țesutului subcutanat adipos (paniculita de tip Weber-Christian — noduli dureroși, inflamatori, nesupurați) sau cu sarcoidele subcutanate Darier-Roussy. Boala se manifestă prin febră, mialgii, frisoane, anemie, leucopenie și splenomegalie. Nu se știe cu precizie pînă în prezent dacă boala lui Kaposi-Jrgang este o entitate nosologică independentă sau dacă ea nu reprezintă numai modificările de tip sarcoid ale lichenului eritematos cronic.

1. Auquier L. : *Sem. Hôp.* Paris, 1953, 63.
2. Pautrier J. : *Ann. Dermat. Syph.*, 1953, 8, 235.
3. Rook A., Wilkison D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

KAPOSI-LIBMAN-SACHS (sindromul lui) : **endocardita abacteriană ; forma evolutivă viscerală a lupusului eritematos ; sindromul Libman-Sachs (vezi).**

KARTAGENER (sindromul lui) (1933) : **triada Kartagener (dilatația bronhiilor, status inversus, polipoza nazală).**

Este un sindrom congenital rar întîlnit, care constă dintr-o asociație de bronșiectazie, polipoză nazală și situs inversus parțial sau total al viscerelor. Se manifestă clinic prin catar cronic al nasului și bronșiilor, întîrziere în dezvoltarea psihosomatică și glandulară. Pe lîngă acestea se mai pot observa defecte ale sistemului osos (spi-

Scanned with OKEN Scanner

na bifida) și uneori, chiar defecte congenitale ale cordului. De asemeni, mulți bolnavi prezintă degete hipocratice, iar la examenul radiologic, sinusurile nazale complementare sînt de obicei opace.

1. Heuckenkamp P. U. și colab. : *Klin. Wschr.*, 1972, 50, 16, 789.
2. Kartagener M. : *Beitr. Klin. Tbk.*, 1933, 84, 73.
3. Mallory T. B. : *New England J. Med.*, 1947, 237, 795.
4. Tonceanu S., Bazachiu E., Carp G. : *Viața medicală* (Buc.), 1969, 7, 461.

KARTAGENER (sindromul lui) (1942) : **infiltratul pulmonar ; infiltratul pulmonar cronic cu eozinofilie sanguină.**

Ca și infiltratul cu eozinofile Loeffler, de care nu se diferențiază aproape deloc, sindromul Kartagener constă din prezența unui infiltrat pulmonar, care evoluează vreme îndelungată (infiltratul Loeffler are o evoluție foarte scurtă), cu creșterea **numărului de eozinofile din spută și** sînge. **Evoluția acestei boli este benignă. În afară** de caracterul radiologic al infiltratului, sindromul se manifestă clinic **prin astenie, transpirații nocturne, cefalee intensă și subfebrilitate. Tratamentul** este simptomatic **și antialergic.**

1. Divertie M. B., Olsen A. M. : *Dis. Chest.*, 1960, 37, 340.
2. Gyhra A. și colab. : *Acta Chir. belg.*, 1971, 70, 6, 543–548.
3. Kartagener M. : *Schweiz med. Wschr.*, 1942, 72, 862.
4. Reeder W. H., Goodrich B. E. : *Ann. Int. Med.*, 1952, 36, 1 217.

KARTAGENER (sindromul lui) : **pancreas polichistic, polipoză nazală, etmoidoantrită și inversiune viscerală.**

Este o afecțiune congenitală ce se caracterizează prin existența concomitentă a unei maladii polichistice a pancreasului, o polipoză nazală, o etmoido-antrită, o inversiune viscerală și o bronșiectazie. Aceasta din urmă, întîlnită de obicei în sindromul Kartagener descris anterior, se datorește unei agenezii a alveolelor pulmonare cu dilatația secundară a bronhiolelor. Expectorația în cantitate mare, tusea, hemoptiziile, dispneea și

Scanned with OKEN Scanner

semnele stetacustice respective caracterizează tabloul clinic al acestei afecțiuni. Diagnosticul de precizie se face prin bronhografie. Tratamentul constă din administrare de antibiotice și expectorante.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Med., București, 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
3. Pomerleau D. și colab.: *Un. Med. Canad.*, 1972, 10, 1, 79.
4. Pony J. C. și colab.: *Sem. Hôp. Paris*, 1972, 48, 22, 1 577–1 585.

KASBACH-MERRITT (sindromul lui) (1940): **angiomatoza gigantă; trombopenie-hemangiom.**

Este o afecțiune foarte rară, care apare la sugar, asociind, pe lîngă un hemangiom, o anemie și o purpură trombocitopenică. Mielograma este normală și conține numeroase megacariocite. Coagularea intravasculară se explică prin stagnarea sîngelui la nivelul dilatațiilor vasculare anormale. Patogenic, se crede că hemangiomul ar exercita o acțiune inhibitorie asupra măduvei osoase. Iradierea hemangiomului cu raxe X duce la regresiunea tuturor simptomelor (anemie, purpură).

1. Bauters F.: *Lille méd.*, 1972, t. XVII, nr. spéc.
2. Bernard J., Bessis M.: *Hématologie clinique.* Masson C-ie, 1958.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
4. Kasbach H., Merritt K. K.: *Amer. J. Dis. Child.*, 1940, 59, 1063.

KASHIN-BECK (boala lui) (1861): **distrofia osteoarticulară; poliartrita cronică progresivă tireotoxică; osteocondroartroza deformantă endemică; boala Urow; distrofia osteoarticulară de creștere prin intoxicație ferică.**

Este o artropatie cu caracter endemic, care apare în regiunile unde apa are o concentrație crescută în săruri de fier. Boala apare în copilărie, întîrzie creșterea endocondrală și a articulațiilor. Se manifestă printr-o deformație simetrică a mai multor articulații, fără limitarea mișcărilor la nivelul acestora și fără simptome inflamatorii. Radiologic, se observă modificări osteocondropatice datorită inhibării activității cartilajului de creștere.

Scanned with OKEN Scanner

1. Cosăcescu A. : *Afecțiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Exp. Sci. Fr., 1966.
3. Man H. : *Wesen und Beudeutung der enchondrale Dysostose,* 1958, 1/8.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München–Berlin, 1951.

KASSELBACH (sindromul lui) : **trombocitopenie și hemangiom gigant.**

Este o boală congenitală ce se întîlnește la sugar și care se caracterizează prin existența concomitentă a unui sindrom hemoragic trombocitopenic cu un hemangiom gigant. Prognostic foarte rezervat.

1. Alagille D. : *Les thrombopénies du nouveau-né, du nourrisson.* Rev. Prat., 1967, XVII, 483.
2. Delobel J. : *Les thrombopénies.* Les livrets du médecin, 1970, II, 8, 459.
3. Stefanini M., Dameshek W. : *The hemorrhagic disorders.* New York, Grune and Stratton, 1955.

KAST (sindromul lui) (1889) : **discondroplazie cu hemangioame ; sindromul lui Maffuci.**

Este un sindrom clinic care asociază o discondroplazie cu angiomatoză cutanată cu ectazie venoasă. Osteocondrodistrofia determină hipertrofia unui membru inferior.

1. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fauré C. : *Maladies osseuses constitutionnelles.* Edit. Exp. Sci. Fr., 1966.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

KATAYAMA (boala din) (1947) : **bilharzioza arterio-venoasă ; bilharzioza intestinală cu ciroza ficatului datorită schistosomei japonicum.**

Este o varietate de bilharzioză sau schistosomiază, boală parazitară datorită pătrunderii în sînge a trematodului de genul „schistosoma" și care se manifestă clinic prin simptome locale și viscerale. Boala din Katayama (localitate unde boala este endemică) se datorește infestării cu schistosoma japonicum. Parazitul este mai mic decît schistosoma haematobium sau s mansoni. Adultul trăiește în sistemul arterial și venos al intestinului subțire de la om și bovidee. Mira-

Scanned with OKEN Scanner

cidium parazitează o moluscă, apoi se transformă în cercar și traversează pielea macerată a gazdei. Din punct de vedere clinic, stadiul de invazie se caracterizează printr-o stare toxi-infecțioasă gravă cu temperatură ridicată, urticarie, edem angioneurotic, tuse. În sînge se observă o eozinofilie marcată. Mai tîrziu, în perioada de stare, pe lîngă simptomele de mai sus apare o hepatomegalie, o splenomegalie și un sindrom disenteric. Se descriu 5 forme clinice : fulminantă, gravă, abortivă, asimptomatică și complicată. Există de asemenea și o formă cerebrală. Mortalitatea este de circa 10% din cazuri. Diagnosticul se pune pe baza prezenței oulelor în scaun, în materialul prelevat prin raclarea mucoasei intestinale, prin reacția de fixarea complementului și prin probele de sensibilizare cutanată. Tratamentul constă în administrare de tartrat de antimoniu și potasiu, stibofen (fuadin), dimercaptosuccinat de antimoniu și sodiu, imidazolidinonă, etc.

1. Farooq M. : *J. Trop. Med.*, 1964, 67, 105.
2. Jordan P. : *Brit. Med. J.*, 1966, 5 482, 276.
3. Lambert C. R. : *Ann. Trop. Med.*, 1964, 58, 292.

KAUFFMANN-WOLF (boală) : **Limfocitomul lui Kauffmann-Wolf ; boala lui Baefverstedt (vezi) ; sarcoidul Spiegler-Fendt (vezi).**

KEDANI (boala lui) : **febra fluvială din Japonia ; scrub typhus ; tsutsugamushi.**

Este o boală infecțioasă determinată de Rickettsia nipponica sau R. orientalis, caracterizată printr-un șancru de inoculare cutanat, o erupție generalizată, adenite și o febră care durează de la 2 la 4 săptămîni. Boala este endemică în Japonia, Indonezia și Formosa. Se transmite printr-un acarian (trombicula akamushi și t. deliensis). Perioada de incubație durează 1—3 săptămîni ; simptomatologia este ca și cea din tifosul exantematic, cu singura deosebire că la locul înțepăturii în boala lui Kedani există o leziune cutanată sub forma unei mici papule, indoloră și ulcerată, cu adenită generalizată sau regională. Bolnavii pot prezenta de asemenea bronșite sau bronhopneumonii. Prognosticul variază după epidemii. Mortalitatea poate atinge 25%. Diagnosticul se pune pe baza reacției lui Weil-Felix. Tratamentul este eficace prin aplicare de cloramfenicol sau tetracicline.

Scanned with OKEN Scanner

1. Elsom K. A. şi colab. : *Ann. Int. Med.*, 1961, 55, 784.
2. Rivers T. M., Horsfall F. L. : *Viral and Rickettsial Infections of man.* 3rd, ed. Lippincott, 1959.
3. Top F. H. : *Communicable and infectious diseases.* ed. 5, Mosby, 1964.
4. Wiseman C. L. şi colab. : *J. Clin. Invest.*, 1954, 33, 264.

KELLY-PATERSON (sindromul lui) : **strîmtorarea esofagului superior.**

Sindromul lui Kelly-Paterson se caracterizează prin strîmtorarea esofagului superior la care se asociază de obicei o anemie hipocromă. Simptomul caracteristic al tabloului clinic este reprezentat de o disfagie lent progresivă. La aceasta se adaugă dureri sau senzaţia penibilă de oprirea alimentelor în torace. Localizarea acestor tulburări este deseori surprinzător de precisă. Examenul radiologic arată o îngustare netedă a lumenului, cu dilataţie moderată sau nulă în amonte. Confirmarea diagnosticului în cazurile dubioase se face prin esofagoscopie şi biopsie. La simptomele clinice se adaugă o anemie hipocromă de gravitate mijlocie. Boala are în general un prognostic bun. Tratamentul constă în dilataţii esofagiene sau intervenţie chirurgicală.

1. Benedict E. B., Gillespie J. E., O'N. : *New England J. Med.*, 1954, 250, 652.
2. Hardy J. D., Conn J. H. : *Ann. Surg.*, 1962, 155, 971.
3. Ingelfinger F. J. : *Advances Int. Med.*, 1956, 8, 11.
4. Kramer P., Ingelfinger F. J. : *Am. J. Med.*, 1949, 7, 174.

KELSCH-KIENER (sindromul lui) : **ciroza atrofică a ficatului, de origine paludică.**

Sindromul Kelsch-Kiener este o ciroză atrofică a ficatului ce apare mai ales la alcoolici, după ce au suferit de malarie. Tabloul clinic, în perioada de debut se caracterizează prin astenie, slăbire generală, tulburări dispeptice, epistaxis, hemoroizi, gingivoragii, hematemeză şi melenă. Impregnaţia etilică se manifestă prin tremurături ale degetelor, ale limbii, varicozităţi ale pometilor, polinevrită şi euforie. Abdomenul este balonat, cu o uşoară ectazie venoasă. Eminenţele te-

Scanned with OKEN Scanner

nară și hipotenară prezintă un eritem strălucitor. La palparea ficatului, acesta este neted, ferm, indolor și hipertrofic. În faza ascitică, pe lîngă cele de mai sus, bolnavii prezintă o cantitate crescută de lichid în abdomen, circulație colaterală, icter franc, semne de insuficiență hepatică și atrofia ficatului. Puncția biopsie a ficatului pune în evidență o structură hepatică distrusă, cu o scleroză perilobulară. Din loc în loc se observă plaje de celule hepatice neoformate cu o venă centro-lobulară abia schițată. Prognosticul este nefavorabil; de obicei, bolnavii se pierd în decurs de 1—2 ani de la debutul ascitei.

1. Crews R. H., Faloon W. W.: *J.A.M.A.*, 1962, 181, 754.
2. Losowsky M. S., Davidson C. S.: *New England J. Med.*, 1962, 267, 87.
3. Sherlock S., Shadon S.: *Gut*, 1963, 4, 95.
4. Schiff L.: *Bolile ficatului*. Edit. Medicală, București, 1970.

KENYA (boală): **febra de Kenya; febra de Marsilia; febra butonoasă; febra exantematică; febra escaro-nodulară; febra sudafricană prin căpușă.**

Este o rickettsioză care are o răspîndire mai mare în jurul Mării Mediteraneene. Agentul cauzal al acestei afecțiuni este Rickettsia Conori, transmisă prin căpușa brună a cîinelui (rhipicephalus sanguineus). Aspectul clinic al bolii este asemănător cu acela determinat de febra Munților Stîncoși, însă este mai puțin grav. Durata febrei este mai scurtă, însă boala se însoțește de insomnie și tulburări cerebrale. Ca și în tifosul exantematic, erupția începe în alte părți ale corpului (trunchi, brațe) și ulterior, se dezvoltă centrifug, atingînd și fața. Respectă de obicei tegumentele abdominale. Semnul caracteristic al bolii este nodulul ulcerat negru, care apare la locul înțepăturii de căpușă. Boala mai prezintă și o reacție inflamatorie a ganglionilor limfatici regionali.

1. Dutz H., Kleinsorge H., Schulz F.: *Diagnose und Differentialdiagnose innerer Krankheiten*. Teil II, VEB G. Fischer, Jena, 1969.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Med., Buc., 1965.

Scanned with OKEN Scanner

3. Stimson P. M., Hodges H. L.: *A manual of common contagious diseases.* ed. 5-a, Edit. Lea and Febiger, 1956.
4. Top F. H.: *Communicable and infectious diseases.* ed. 5-a, Mosby, 1964.

KENNEDY (sindromul lui): **atrofia optică primitivă şi stază papilară controlaterală; sindromul lui Gover-Paton-Kennedy.**

Este un sindrom determinat de existenţa unei tumori la nivelul regiunii orbitare a lobului frontal sau la nivelul treimei interne a aripei mici a osului sfenoid. Se caracterizează clinic prin atrofie optică primitivă la un ochi, determinată de o compresie directă de către tumoare pe nervul optic şi o stază papilară la celălalt ochi, datorită unei hipertensiuni intracraniene. Evoluţia este rapidă; prognosticul defavorabil. Singurul tratament eficace: intervenţia chirurgicală.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology.* 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology.* 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Gorlin R. J., Pindborg J. J.: *Syndromes of the head and neck.* McGraw-Hill, New York, 1967.
4. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire.* Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

KERION CELSI (boală): **trichofiţia profundă; herpes tonsurans; tinea tonsurans.**

Este o dermatoză de origine micotică, ce se manifestă la nivelul pielii capului sub forma unor papule mici ce confluează şi apoi sub forma unor plăci rotunde, descuamante, roşietice, cu diametrul de 6 cm. şi mai mult. Marginile acestor plăci sînt tranşante şi proemină sub formă de val. Dat fiind faptul că ciupercile pătrund în foliculi, se dezvoltă o infiltraţie care înaintează în profunzime şi care face ca întreaga formaţiune să proemine mult. În formele mai uşoare o parte din păr este păstrată; perii care rămîn par a fi rupţi. Tratamentul beneficiază de administrarea de griseofulvină şi pomezi cu sulf.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Edit. Maloine, Paris, 1956.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.

Scanned with OKEN Scanner

3. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.*, ed. XI-a, Mosby, 1956.

KERL-URBACH (boala lui) : **colesteroza extracelulară.**

Este o boală familială cu transmisie ereditară de tip dominant, caracterizată printr-o creştere importantă a colesterinemiei. În primele decenii de viaţă, boala este asimptomatică. Mai tîrziu, ea se manifestă prin apariţia unor xantoame, xantelasmă şi înfăţişare senilă. Spre sfîrşitul existenţei acestor bolnavi, apare şi arterioscleroza. Diagnosticul se pune pe baza existenţei în sînge a unei cantităţi crescute de colesterol. Tratamentul este asemănător cu acela al arteriosclerozei.

1. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Am. J. Med., 1957, 22, 671.
2. Duncan G. D. G. (editor) : *Diseases of metabolism*, ed. V-a, Saunders, 1964.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
4. Jolliffe N. : *Clinical Nutrition*, ed. II-a, Hoeber, 1962.

KIENBOECK (boala lui) (1911) : **osteonecroza aseptică a semilunarului ; boala semilunarului ; condensarea semilunarului.**

Osteonecroza aseptică a semilunarului se datoreşte unei tulburări a anastomozei arteriale intravenoase. Se întîlneşte mai ales la bărbat şi îndeosebi la adultul tînăr. Etiologia este discutabilă : fractură nediagnosticată, osteoporoză simpatică posttraumatică, microtraumatisme profesionale, anomalie congenitală. Radiologic, boala se caracterizează prin condensare pură, aspect geodic, strivire lamelară şi diferite alte combinaţii între aceste aspecte. Tratamentul poate fi medical sau chirurgical. Alegerea intervenţiei depinde de contextul profesional sau social şi de importanţa durerilor şi a modificărilor radiologice.

1. Fisher L., Vernouil J., Braconnot P., Vuillard P. : *Ostéonécrose aseptique du semi-lunaire* (maladie de Kienboeck). Cah. Med. Lyonn. 1969, 45, 2 523.
2. Gentz R. şi colab. : *Presse Méd.*, 1971, 1, 18, 1 207–1 210.

Scanned with OKEN Scanner

3. Graber-Duvernay J., Graber-Duvernay B., Graber-Duvernay J.-L. : *Rev. lyonn. Méd.*, 1970, 19, 209–224.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.
5. Kessel K. : *Przegl. Chir.*, 1931, 3, 275.

KILOH-NEVIN (boala lui) : **miopatia oculară ; oftalmoplegia cronică progresivă.**

Este o afecțiune ce face parte din grupul musculodistrofiilor. Reprezintă forma oculară cu astrofia precoce a mușchilor oculari externi. Deseori congenitală, alteori în copilărie, boala lui Kiloh-Nevin, poate fi întîlnită și la maturitate. Are caracter familial. Tabloul clinic se caracterizează printr-un facies miopatic cu ptoza bilaterală a ambelor pupile și ulterior, printr-o paralizie a mușchilor oculari externi. Deseori se mai observă tulburări ale motilității în alte regiuni ale corpului și în special în articulația umărului. Prognoza este quoad vitam bună ; în ceea ce privește sănătatea, proastă.

1. Askanazy M. : *Arch. Klin. Med.*, 1898, 61, 118–186.
2. Findley J. W., Adams W. : *Archiv Int. Med. Chicago*, 1948, 81, 342.
3. Gerstenbrand F., Pateisky K., Weingarten Klara : *Wien Zschr. Nervenhk.*, 1962, 19, 443.
4. Goebell H. : *Nervenarzt*, Berlin, 1963, 34, 23.
5. Ravault P. M. : *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire.* Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

KILIAN (sindromul lui) : **cașexia pubertară tardivă ; sindromul Lorain-Levi (vezi) ; boala lui Simmonds (vezi).**

1. Egart F. M., Gluscenko S. K. : *Probl. Endokrin.* (Moskva), 1972, 18, 1, 33–36.

KIMMELSTIEL-WILSON (boală) (1936) : **glomeruloscleroza intercapilară ; glomerulonefroza diabetică.**

Boala lui Kimmelstiel-Wilson face parte din grupul glomerulonefrozelor, fiind specifică diabetului zaharat. Din punct de vedere histopatologic se caracterizează, în forma nodulară, prin existența unor mase hialine situate în centrul glomerulului, care împing capilarele, iar în forma difuză, prin hialinoza peretelui capilar. Tabloul clinic se manifestă prin albuminurie, hematurie

Scanned with OKEN Scanner

microscopică, cilindrurie, edem, hipertensiune arterială, retinită diabetică. Evoluția este în general lentă, conducînd de obicei la insuficiență renală. Acidoza este rară, însă atunci cînd apare ea anunță un deznodămînt grav. Moartea survine în medie la 5—7 ani de la debut. Tratamentul este simptomatic și specific, cu insulină.

1. Kimmelstiel P., Wilson C.: *Amer. J. Path.*, 1936, 12, 83.
2. Kimmelstiel P., Porter W. B.: *New England J. Med.*, 1948, 238, 876.
3. Reubi Fr.: *Néphrologie clinique.* Masson C-ie, Paris, 1961.
4. Schück O.: *Nephrologie für den praktischen Arzt.* VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1968.

KISSEL (sindromul lui) (1948): **epilepsia lui Kissel.**

Este una dintre formele clinice ale epilepsiei Brown-Séquard (vezi). În acest sindrom, criza epileptică este determinată însă de o boală cardiacă. Din punct de vedere patogenic, cauza determinantă a crizei se datorește de obicei unei insuficiențe venoase, care determină o hipoxie la nivelul scoarței cerebrale. Evoluția bolii depinde de boala cardiacă ce a determinat insuficiența venoasă.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame.* Edit. Medicală, Buc., 1967.

KLEIN-BAMATTER-FRANCESCHETTI (sindromul lui): **gerodermia osteodisplazică.**

Descrisă în 1967, gerodermia osteodisplazică se caracterizează printr-o piele flască și senilă, mai ales la nivelul părții dorsale a mîinilor și picioarelor, unde venele sînt foarte aparente. Fața seamănă cu figurile lui Walt Disney, cu ptoză palpebrală, microcornee și miopie. Se găsește o hiperlaxitate ligamentară și mai ales o fragilitate osoasă cu osteoporoză generalizată, o structură în inelele de creștere a platourilor vertebrale, deformarea coloanei rahidiene, anomalii ale epifizelor oaselor lungi, luxația congenitală a șoldurilor și picioare plate. Boala are o transmitere ereditară, asociația făcîndu-se în dominanță în-

completă legată de X. Femeile sînt atinse mai rar decît bărbaţii.

1. Demons F., Walbaum R.: *Lille Méd.*, 1972, XVII, 3, 447.
2. Klein D., Bamatter F., Franceschetti A., Boreux G., Brocher J. E. W., Holenstein P.: *XIII-e Congrès Int. Dermatologie*, München, 1967, 1 443.
3. Klein D. şi colab.: *Ann. Paediatrie*, 1950, 174, 126–127.
4. Klein D. şi colab.: *J. Genet. Hum.*, 1969, 17, 137–178.

KLEINE-LEVIN (sindromul lui): **sindrom neuro-psihic complex caracterizat prin somnolenţă, agitaţie şi foame.**

Este un sindrom neuro-psihic determinat de lezionări difuze ale sistemului nervos central, caracterizat clinic printr-o stare de somnolenţă periodică, agitaţie motorie şi o senzaţie permanentă de foame.

1. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Feighin M.: *Lexicon de simptome şi sindroame*. Edit. Med., Buc., 1967.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KLINEFELTER (sindromul sau boala lui): **eunucoismul hipergonadotrofic; boala lui Klinefelter-Reifenstein-Albright.**

În 1942, Klinefelter, Reifenstein şi Albright descriu sindromul care asociază ginecomastia, microorhidia şi creşterea gonadotrofinelor urinare. Face parte din hipogonadismele hipergonadotrofinurice în care leziunea primitivă se află la nivelul testiculului, iar secundar, hipofiza reacţionează prin hipersecreţie de FSH şi ICSH, decelabili după vîrsta pubertară. Boala este o disgenezie caracterizată prin distrofie sclero-hialino-testiculară cu hiperplazie leydigiană. Tipurile clinice descrise îmbracă forma cu aspermie, ginecomastie şi morfotip normal, forma cu eunucoism asociat, forma fără ginecomastie, forma cu spermatogeneză, forma cu malformaţii congenitale (criptorhidie, hipospadias). Se mai întîlnesc forme cu malformaţii somatice: osoase, viscerale, neuropsihice. Tipurile citogenetice descrise pînă în prezent sînt: aneuploidii; cromatina sexuală

Scanned with OKEN Scanner

pozitivă ; 47 XXY ; mozaicuri ; poligonosomii rare. Tratamentul androgenic permite obținerea de rezultate în ceea ce privește starea generală, musculatura, tulburările de caracter și eventual, caracterele sexuale secundare.

1. Cadwell P. D., Smith D. W. : *J. of Pediatrics*, 1972, 80, 2, 250.
2. Dreyfus-Gilbert, Schaison G. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 2, 175.
3. Drosdowsky M. : *Presse méd.*, 1965, 42, 2 679.
4. Guinet P. : *Rev. Prat.*, 1971, 21, 2, 163.
5. Heurbeval R., Gilgenkrantz M., Guercio J., Thibaut G. : *Presse méd.*, 1965, 73, 2 987.
6. Rivière J. et collab. : *Presse méd.*, 1964, 72, 2 511.
7. Weshum L. P. : *The human testis*, Ch. Thomas edit. 1962, Springfield, 1962.

KLEIST (boala lui) (1914) : **parafrenia ; demența cronică ; delirul sistematizat halucinator.**

Parafrenia este o psihoză caracterizată clinic printr-un delir consecutiv halucinațiilor, îndeosebi cele auditive, cu tendința spre sistematizare și evoluție cronică. În opoziție cu schizofrenia paranoidă, afecțiune cu care este deseori confundată, parafrenia conservă timp îndelungat afectivitatea, capacitatea de muncă și posibilitățile de integrare socială. În boala lui Kleist, parafrenia este mai sistematizată : delirul păstrează o componentă mai apropiată de verosimil și sistematizare mai persistentă în timp. Se descriu, în afară de boala lui Kleist, următoarele forme clinice de parafrenie : parafrenia afectivă Leonard, parafrenia confabulatorie, expansivă și fantastică. Evoluția este lentă și progresivă. Prognosticul este relativ sever.

1. Arieti S. (editor) : *American Handbook of Psychiatry*. Vol. I–II, Basic Books, 1959.
2. Ewalt J. R., Farnsworth D. L. : *Textbook of Psychiatry*. McGraw-Hill, 1963.
3. Kleist K. : *Allgem. Zschr. Psych.*, 1914, 71, 764.
4. Pelicier Y. : *Guide psychiatrique du médecin praticien*. Edit. Masson, Paris, 1970.

KLEIST (sindromul lui) : **sindromul agățării degetelor.**

Este un sindrom clinic neurologic ce se întâlnește în leziunile tuberculului optic și în cele ale lobului frontal. Sindromul este aproape patognomonic acestor lezionări. El constă dintr-o agățare

Scanned with OKEN Scanner

a degetelor bolnavului de degetele examinatorului în momentul ridicării discrete a acestora.

1. Baker A. B.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Merritt H. H.: *A textbook of Neurology*. 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.

KLEMPERER (sindromul lui) (1896): **diabetul renal; diabetul aglicemic ereditar și familial; boala lui Debove.**

Este o afecțiune familială, benignă, care nu necesită nici un tratament, ce se caracterizează printr-o glicozurie permanentă fără hiperglicemie. Glicozuria pe care o prezintă acești bolnavi și care reprezintă simptomul patognomonic, variază relativ puțin de la o zi la alta. Nu este decît foarte puțin influențată de către o diminuare a ingestici de hidrați de carbon sau prin administrare de insulină. Diagnosticul se bazează pe dozarea simultană a glucozei din sînge și urină.

1. Hamburger J., Barbizet J.: *Bull. Soc. med. Hôp.* Paris, 1948, 64, 900.
2. Monasterio G.: *Klin. Wschr.*, 1939, 538.
3. Monasterio G.: *Il Policlinico*, 1953, 60, 873.
4. Reubi F.: *Helv. Acta Med.*, 1950, 17, 493.
5. Reubi F.: *Néphrologie Clinique*. Edit. Masson C-ie, Paris, 1961.

KLEMPERER-POLLACK-BAEHR (boala lui) (1942): **boala colagenului; colagenoza în general.**

Sub denumirea de boli ale colagenului au fost grupate o serie de afecțiuni proteiforme, care par a avea numitor comun alterații fibrinoide întinse ale țesutului conjunctiv. Acestea se însoțesc de grade diferite de inflamație vasculară, necroză și tulburări ale mecanismelor imunologice. Diferențierea bolilor de colagen în entități nosologice bine definite din punct de vedere clinic este uneori extrem de dificilă; diagnosticul nu poate fi precizat decît după o observație prelungită și intensă. Principalele boli care aparțin acestui grup de afecțiuni par a fi înrudite din punct de vedere patogenetic, nu însă și etiologic. Acestea sînt: reumatismul poliarticular acut (boala lui Bouillaud), poliartrita reumatoidă, lupusul eritematos diseminat, periarterita nodoasă, dermatomiozita, purpura netrombopenică, tiroidita Hashimoto și

probabil, glomerulonefrita. În toate aceste afecțiuni, datele anatomice, histopatologice și imunologice sînt deseori intricate. Deși se insistă foarte mult, totuși rolul relativ al factorilor genetici și de mediu înconjurător rămîne neprecizat. În toate cazurile au fost puse în evidență mecanismele anti-agresive, dovedindu-se că în aceste afecțiuni, individul, printr-o reacție paradoxală atacă și distruge propriile sale țesuturi.

1. Asherson G. L.: *Abstr. World Med.*, 1965, 37, 289.
2. Gardner D. L.: *Pathology of the connective tissue diseases.* Williams and Wilkins, 1965.
3. Kampmeir R. H.: *Arch. Int. Med.*, 1960, 106, 753.
4. Samter M.: *Immunologic Diseases.* Little Brown, 1965.
5. Talbott J. H., Ferrandis R. M.: *Collagen Diseases.* Grune and Stratton, 1956.

KLEMM (boala lui): **tetanosul; boala lui Rosé (vezi).**

KLIPPEL (boala lui): **polinevrita etilică evolutivă.** Este o afecțiune cu etiologie etilică, produsă prin leziuni de tip degenerativ sau inflamator, care interesează extremitățile distale ale nervilor periferici, de obicei, simetric. Din punct de vedere clinic, se constată tulburări senzitivo-motorii simetrice, mai predominente la extremitatea distală a membrelor. Pe lîngă aceste tulburări, bolnavii cu această afecțiune mai prezintă o ciroză hipertrofică cu probe hepatice funcționale moderat alterate și diferite tulburări psihice (sindrom Korsakoff). Simptomatologia pseudo-neurologică este reversibilă, însă ciroza, cașexia și ascita persistă și conduc ulterior la decesul bolnavului.

1. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
2. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KLIPPEL (boala lui) (1892): **pseudoparalizia generală artritică; boala lui Klippel-Lhermite.** Este o formă de paralizie generală, care se observă la bătrîni și care prezintă o evoluție

Scanned with OKEN Scanner

foarte rapidă. Este un sindrom infecțios paralitic, care se manifestă clinic prin simptome somatice și psihice analoage celor din paralizia generală progresivă luetică.

1. Brain R.: *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J.: *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, édit. Paris, 1971.
3. Merritt H. H.: *A textbook of neurology*. Lea and Febiger, 1963.

KLIPPEL-FEIL (sindromul lui) (1912): **omul fără gît.**

Este o anomalie congenitală caracterizată prin absența și fuziunea unor părți ale vertebrelor cervicale, ceea ce dă aspectul de gît scurt. Acesta se poate deseori asocia cu o platibazie datorită dezvoltării insuficiente a segmentelor vertebrale cuprinse în osul occipital. Se produc astfel compresiuni bulbare (tulburări respiratorii) și ale nervilor cervico-brahiali cu tulburări algice. La aceste tulburări, se mai pot asocia alte malformații ca siringomielie, surditate prin atrezia conductelor auditive, sindactilie și întîrziere mintală.

1. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, Buc., 1965.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique*. Masson C-ie, 1963.
3. Greig D. M.: *Edinburg J. Med.*, 1924, 31, 118.
4. Ramsey J., Bliznak J.: *Amer. J. Roent.*, 1971, 113, 3, 460–463.

KLIPPEL-FELDSTEIN (sindromul lui): **hipertrofia simplă familială.**

Sindromul lui Klippel-Feldstein face parte din marele grup de boli cunoscute sub denumirea de disostoze. Ele se caracterizează prin malformații congenitale care interesează oasele craniului, ale feței, maxilarului și uneori, ale extremităților. În sindromul Klippel-Feldstein, disostoza se caracterizează printr-o hipertrofie a oaselor craniului și scurtarea degetelor de la mîini și picioare. Boala are caracter congenital și familial.

1. Hsia D. Y.-Y., Inouye T.: *Inborn errors of metabolism*. Part. 2, Year-Book, 1966.
2. McKusick V. A.: *Heritable Disorders of Connectice tissue*, Mosby, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

3. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Thompson T. S., Thompson M. W. : *Genetics in Medicine.* Saunders, 1966.

KLIPPEL-TRENAUNAY (sindromul lui) (1900) : **angiomatoza hipertrofică ; nevul osteohipertrofic varicos ; hemangiectazia hipertrofică Parkes-Weber.**

Făcînd parte din grupul comunicaţiilor sau fistulelor arterio-venoase congenitale, sindromul lui Klippel-Trenaunay, este una dintre formele localizate, mai ales la un membru (cel mai frecvent membrul inferior). O asemenea boală trebuie suspectată cînd ne aflăm în faţa unor varice la un copil — mase mari cu şerpuiri sub tegumentele îngroşate — sediul unor leziuni nevice sau angiomatoase. Membrul inferior atins este totdeauna hipertrofiat. Arteriografia şi flebografia precizează diagnosticul, care pune în evidenţă una sau mai multe fistule. Există forme complete şi incomplete. Evoluţia este dominată de tulburări trofice, hemoragii spontane şi recidivante. Tabloul clinic poate fi prezent de la naştere sau poate apare şi ulterior. Tratamentul este mai mult simptomatic (ligaturi, bandaje elastice, etc.).

1. Duperrat B. : *Précis de dermatologie,* 1959, Masson C-ie, Paris.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Buc., 1965.
3. Kagel K. şi colab. : *Zbl. Chir.,* 1972, 97, 2, 50–57.
4. Moysson F., Godart S. : *Acta Paediatrica Belgica,* 1966, 20, 5, 313–331.
5. Sutton R. L. jr. : *Diseases of the skin.,* ed. XI, Mosby, 1956.

KINNEAR-WILSON (boala lui) (1912) : **hepatita juvenilă familială cu degenerescenţa corpului striat ; boala lui Wilson ; boala lui Samuel-Alexander ; degenerescenţa hepato-lenticulară progresivă.**

Este o boală familială caracterizată prin leziuni ale nucleilor lenticulari, atetoză, tremurături, rîs spasmodic şi o ciroză a ficatului. Este o afecţiune rară ce se manifestă între 15—20 ani. Histopatologic se caracterizează prin leziuni de ciroză hepatică şi o degenerescenţă a nucleilor lenticulari din creier, mai ales a pute-

Scanned with OKEN Scanner

manului şi mai puţin a nucleului palid. Se mai remarcă de asemenea o proliferare glială şi astrocite gigante. În ficat şi creier există o mai mare cantitate de cupru decît normal. Clinic, boala se manifestă prin mişcări atetozice lente şi ritmice ale membrelor, adeseori rapide şi coreiforme. Se remarcă o rigiditate musculară constantă. Rîsul spasmodic se datoreşte hipertonicităţii muşchilor feţei şi unei labilităţi afective. Bolnavii prezintă disartrite şi uneori o hiperreflectivitate osteo-tendinoasă. Nu se remarcă tulburări senzitive. Simptomatologia bolii este strict extrapiramidală. Semnele neurologice pot fi uneori precedate de icter, ascită şi hemoragii digestive. Inelul pericorneean Kayser-Fleischer este patognomonic. În urini se găseşte o cantitate crescută de cupru. Evoluţia este relativ lentă, însă totdeauna fatală. Nu are tratament.

1. Denny-Brown D.: *New England J. Med.*, 1964, 270, 1 149.
2. Richmond J. şi colab.: *Brain*, 1964, 87, 619.
3. Sternlieb I., Scheninberg I. H.: *J.A.M.A.*, 1963, 183, 747.
4. Walshe J. M.: *Lancet*, 1960, 1, 188.

KITAHARA (boala lui): **corioretinita seroasă centrală.**

Este o afecţiune oculară determinată de decolarea posterioară a vitrosului. Prin această decolare se produce şi o ruptură a retinei datorită transudatului din vasele coroidiene. Spre deosebire de dezlipirea de retină, în care pierderea vederii poate fi progresivă de la periferie spre centru, în boala lui Kitahara, datorită interesării zonei maculare a retinei, vederea centrală este şi ea afectată. Afecţiunea este de cele mai multe ori, cel puţin la început, unilaterală. Prognosticul este relativ bun, dacă nu se constată existenţa unor lezionări întinse ale vitrosului şi dacă decolarea concomitentă a retinei nu este prea mare. Tratamentul este numai operator.

1. Campbell F. P.: *Arch. Ophtalm.*, 1966, 75, 548.
2. Hogan M. J., Zimmermann L. E.: *Ophtalmic pathology*. 2nd, ed. Saunders, 1962.
3. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire*. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

4. Vaughan D., Cook R., Asbury T. : *General Ophtalmology*, ed. 4-a, Lange, 1965.

KLOTZ (sindromul lui) (1958) : **sindromul ovarelor afuncționale.**

Este un sindrom endocrinian, descris în 1958, ce se caracterizează clinic printr-o amenoree primară, semne distrofice evidente, un facies mongoloid, buză de iepure, arachnodactilie și debilitate mintală. Infantilismul genital este absolut, cu o aplazie completă sau cvasi-completă a micilor buze. Frotiul vaginal nu prezintă celule eozinofile, fiind total monoton ; valoarea FSH urinar este normală, găsindu-se între 5—25 unități șoarece. Histopatologic, ovarele sînt normale, prezentînd toate capacitățile lor virtuale, însă anormale pentru vîrstă, pentru că sînt afuncționale și nu prezintă urmă de ovulație. Sindromul are o origine constituțională sau genetică. Se admite că din punct de vedere patogenic, acest sindrom de areceptivitate a gonadei față de gonadotrofine exo și endogene, ar fi legat de o anomalie lezională a organelor regulatoare centrale ale troficității gonadice. Sindromul s-ar datori unei cauze lezionale neurologice (leziune hipotalamică), lucru ce este sprijinit de coexistența tulburărilor centrale (debilitate mintală, comițialitate, debilitate psihomotrice, etc.).

1. Klotz H. P., Chimenes H., Nathan-Kahn J., Robel P., Tutin M. : *Ann. Endocrin.*, 1958, 19, 751.
2. Klotz H. P., Chimenes H., Mauvais-Jarvis P. : *Sem. Hôp.* Paris, 1959, 35, 3 220.
3. Klotz H. P. : *J. Clin. Endocrin.*, 1960, 20, 327.
4. Klotz H. P., Xiran Y. : *J. Clin. Endocrin.*, 1962, 38, 3 208.

KLUMPKE (boala lui) : **paralizia plexului inferior ; paralizia lui Klumpke ; boala lui Déjérine-Klumpke** (vezi).

KLUMPKE-DÉJÉRINE (sindromul lui) (1885) : **paralizia plexului brahial ; sindromul Déjérine-Klumpke.**

Este o afecțiune neurologică întîlnită mai frecvent la noul-născut, ce se manifestă clinic prin paralizia plexului brahial, determinată de traumatizarea nervilor corespunzînd C_7, C_8, D_1 sau trunchiurilor lor. Uneori pot fi de asemenea

lezionate și fibrele senzitive ale D_1 ; în această circumstanță, la simptomele de mai sus, se mai adaugă și sindromul lui Claude Bernard-Horner.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Kreindler A. : *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KLUVER-BUCY (sindromul lui) : **sindromul lobectomiei bitemporale.**

Este un sindrom neuro-psihic, observat prima dată la maimuță după o lobectomie temporală bilaterală. La om, acest sindrom poate apare în diferite lezionări ale lobilor frontali sau după ablația lor chirurgicală. Se manifestă clinic prin cecitate psihică, hipermetamorfoză, dispariția reacției agresive și de teamă, hipersexualitate și apetit vorace. Indivizii care prezintă acest sindrom au tendința exagerată de a folosi nasul și gura pentru obiecte comestibile și necomestibile. Nu are tratament.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.
2. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.
3. Wilson S. A. K. : *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KNAPP (sindromul lui) : **triada lui Knapp.**

Este un sindrom neurologic ce apare în cursul tumorilor lobului temporal. Se caracterizează clinic prin tulburări de echilibru, semne piramidale heterolaterale și pareză de nerv motor-ocular comun, mai frecventă homolaterală.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*. 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Merritt H. H. : *A textbook of neurology*. 3rd, ed. Lea and Febiger, 1963.

KNAPP-MASSHOFF (boala lui) : **limfadenita mezenterică acută.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o inflamaţie acută a ganglionilor mezenterici, care apare în cursul tuberculozei, a febrei tifoide, bolii lui Hodgkin ; la indivizii cu diferite infecţii bacteriene, virale, infestaţii parazitare sau în unele stări alergice. În forma acută, benignă, care de obicei apare la copil, simptomele cele mai frecvente sînt : dureri abdominale joase, febră, anorexie, greţuri, vărsături, hiperleucocitoză. Evoluţia este spontană spre vindecare. Pot să apară însă şi recidive. Tratamentul este etiologic atunci cînd se cunoaşte cauza, altminteri, simptomatic.

1. Donhauser J. L. : *Arch. Surg.*, 1957, 74, 528.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres.* Edit. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

KNIERER (sindromul lui) : **alotrichia circumcisă simetrică a părului capului ; nevul cu păr pubian.**

Este o afecţiune dermatologică caracterizată prin existenţa la nivelul pielii păroase a capului a unor zone de păr mai închis colorat, mai gros şi mai creţ. Afecţiunea de mai sus este o formă clinică a sindromului lui Hoffmann (nevul părului încreţit), afecţiune caracterizată prin existenţa unui focar pilos mai deschis şi mai subţire decît părul din restul pielii păroase a capului.

1. Degos R., Lortat-Jacob E. : *La dermatologie.* Maloine, Paris, 1956.
2. Graciansky J., Boulle L. : *Atlas de dermatologie,* 1952.
3. Lutz W. : *Lehrbuch der Haut und Geschlechts-Krankheiten,* 1957, 93.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G. : *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.

KNUD-KRABBE (sindromul lui) : **angiomatoza neurocutanată ; angiomatoza encefalo-trigeminală.**

Este o afecţiune dermatologică caracterizată prin existenţa unui hemangiom unilateral, localizat pe traiectul inervat de ramura nervului al V-lea, angioame intracerebrale şi arborizaţii homolaterale intracerebrale. La examenul radiologic se constată arborizaţii intracerebrale de partea angiomului. Din punct de vedere clinic, sin-

dromul se manifestă prin hemipareză sau hemiplegie, crize epileptice, diminuarea unilaterală a cîmpului vizual și diferite tulburări psihice (idiotie, caracteriopatii, etc.).

1. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M.: *A manual of cutaneous medicine.* Saunders, 1961.
2. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
3. Sutton R. L. jr.: *Diseases of the skin.*, ed. XI-a, Mosby, 1956.

KÖBNER (boala lui): **epidermoliza buloasă; boala Goldscheider; keratoliza buloasă; distrofia buloasă; bulosis mechanica.**

Este o dermatoză determinată patogenic de dezlipirea epidermului în urma dispariției filamentelor de unire dintre celulele stratului malpighian și formarea de bule. Este o afecțiune congenitală caracterizată prin clivarea epidermului sub influența celui mai mic traumatism, urmat de apariția de bule. Starea generală nu este alterată, iar evoluția este îndelungată. Se deosebesc 2 forme clinice: forma simplă și forma distrofică. În această din urmă formă, bulele sînt mari, urmate de cicatrice și chisturi cornoase, precum și de dispariția unghiilor. Boala se vindecă fără să lase cicatrice sau atrofii. Uneori, la simptomele de mai sus se asociază o sudație excesivă la nivelul palmelor și plantelor. Boala se ameliorează, de obicei, în perioada maturității sexuale.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin.*, ed. V-a, Saunders, 1963.
2. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, 1956.
3. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology.* Blackwell, Oxford, 1968.
4. Touraine A.: *L'hérédité en médecine.* Masson, Paris, 1955.

KOCH-WEEKS (boala lui) (1883): **conjunctivita acută; ochiul trandafiriu; conjunctivita muco-purulentă epidemică acută.**

Conjunctivita acută este o afecțiune oculară inflamatorie produsă de bacilul gram-negativ Koch-Weeks, bacil asemănător bacilului Pfeiffer. Modul de transmitere la ochiul opus sau la altă persoană este de obicei prin contact direct,

Scanned with OKEN Scanner

adică pe calea prosoapelor, degetelor sau a batistei. Perioada de incubație este de obicei de 24—50 ore; uneori ea poate fi foarte scurtă (6 ore). Are o evoluție rapidă și foarte malignă. Debutul este acut cu cantitate mare de secreție. Procesul morbid interesează conjunctiva, care este hiperemiată și edematoasă. Boala durează 2—4 săptămîni și atunci cînd se vindecă trece într-un catar cronic. Boala este mai frecventă la copiii mici. Apariția ei epidemică se observă îndeosebi în perioada călduroasă a anului (mai—octombrie). Tratamentul constă din administrare de antibiotice.

1. Dawson C. R.: *Amer. J. Ophtalm.*, 1960, 49, 801.
2. Ravault P. M.: *Syndromes en ophtalmologie. Guide-Dictionnaire.* Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.
3. Thygeson P.: *Diseases of the conjunctiva.* In Berens, The Eye and Its Diseases. Saunders, 1950.
4. Thygeson P.: *Amer. J. Ophtalm.*, 1951, 34, 5–6, part. II, of May issue.

KOËNEN (boală): **tumorile lui Koënen; tumorile corneene periungheale; epiloia.**

Este o dermatoză caracterizată prin adenoame sebacee simetrice ale feței, sub formă de mici tumori, de la volumul unei gămălii de ac pînă la un bob de mazăre, grupate în șanțurile naso-geniene, rădăcina nasului și barbă. Sînt de culoare albă (Balzer) sau de culoare roșie cu numeroase telangiectazii. Tabloul clinic se poate completa cu proliferări periungheale, leziuni oculare și diferite tulburări cerebrale. Se pare că boala are caracter familial. Tratamentul este numai cel chirurgical, de exereză.

1. Degos R., Lortat-Jacob E.: *La dermatologie.* Maloine, edit. 1956.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Lutz W.: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten.* 1957.
4. Sutton R. L. Jr.: *Diseases of the skin.*, ed. XI, Mosby, 1956.

KOBY (boala lui) (1925): **degenerescența superficială a corneei; degenerescența corneei a lui Groenow.**

Este o boală oftalmologică caracterizată prin degenerescența bilaterală a corneei. Această de-

Scanned with OKEN Scanner

generescență a epiteliului determină apariția unor fisuri în membrana lui Bowman. Boala apare la indivizii de vîrstă mijlocie, care nu acuză altă suferință decît cea oculară. Etiologia bolii este necunoscută. Se crede că un rol important în apariția bolii l-ar juca sistemul nervos. Evoluția este lentă, neînsoțită de fenomene dureroase sau inflamatorii. Cu timpul, se produce diminuarea progresivă a acuității vizuale și chiar orbire.

1. Adler F. H.: *Gifford's Textbook of Ophtalmology*, ed 7-a. Saunders, 1962.
2. Koby F. E.: *Microscopy of the living eye*. London, 1925.
3. Kozlowski B.: *Klin. Oczna*, 1935, 13, 551.
4. Ravault P. M.: *Syndromes en opthalmologie. Guide-Dictionnaire*. Ed. Doin-Doren, Paris, 1970.

KOCHER (boală): **fractura Kocher; fractura diacondiliană.**

Este o fractură a extremității inferioare a osului humerus, cu traiect orizontal, separînd pe de o parte condilul și trohlea, iar pe de alta, restul osului. Simptomatologia și evoluția bolii este asemănătoare cu aceea a fracturii humerusului.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie*. Flammarion, Paris, 1967.
3. Ombredanne L.: *Précis de chirurgie infantile*, 1949.
4. Rădulescu A.: *Chirurgie ortopedică*. București, 1939.

KOCHER (boală): **fractură trohanteriană cu traiect transversal care se produce în grosimea marelui și micului trohanter.**

Este o fractură trohanteriană cu traiect transversal, care se observă mai ales la indivizii tineri, voinici, expuși la eforturi fizice grele și în urma unor traume importante. Fractura se produce fie prin mecanismul traumatismului direct pe regiune, fie prin torsiune. În acest tip de fractură, traiectul se găsește dedesubtul micului trohanter în partea superioară a diafizei și în grosimea marelui trohanter. El este orizontal. Dislocarea fragmentelor este totdeauna

Scanned with OKEN Scanner

importantă, dînd o modificare triplă a axului normal al femurului. Simptomatologia clinică se manifestă prin durere, impotență funcțională, mobilitate anormală și crepitație osoasă. La rădăcina coapsei se observă o deformație „în cîrjă"; membrul este în adducție, piciorul rotit în afară. Evoluția normală se caracterizează printr-o tendință la consolidare osoasă rapidă. Tratamentul este ortopedic și chirurgical.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie*. Flammarion, Paris, 1967.
3. Mathieu J.: *Traité de chirurgie orthopédique*, vol. IV, Masson C-ie, 1937.
4. Merle d'Aubigné: *J. de Chirurgie de Paris*, 1941–1942.

KOENIG (sindromul lui) (1890): ocluzia intestinală.

Este un sindrom clinic descris pentru prima dată în 1852 de către Cruveilhier, iar apoi în 1890 de Koenig. Constă dintr-un complex simptomatic determinat în urma unei stenoze cronice incomplete a colonului, care se manifestă clinic prin dureri abdominale violente sub formă de colici, senzație de tensiune și de hiperperistaltism intestinal, cu borborigme abdominale. Acest complex simptomatic poate ceda complet pentru a reapare din nou, după o perioadă variată de timp. Tratamentul este chirurgical.

1. Remenchik A. P., Talso P. J.: *M. Clin. North America*, 1964, 48, 67–74.
2. Smith G. A., Perry J. F., Yonehiro E. G.: *Surg. Gynec. and Obst.*, 1955, 100, 651.
3. Wangensteen O. H. (sub redacția): *Intestinal obstructions*, 2nd, ed. Thomas, 1955.

KOGOJA (boala lui): dermatita buloasă muco-cutanată cronică; pemfigusul ocular; pemfigoidul Jablonska (vezi).

KOJEVNIKOV (boală) (1948): epilepsia parțială continuă; epilepsia corticală continuă.

Este o formă de epilepsie care se deosebește de tipul de epilepsie mioclonică prin faptul că mioclonițile sînt limitate numai la un segment al corpului, de obicei un segment periferic (pumn sau degete). Mioclonițile sînt continue și persistă luni de zile. Din timp în timp, accesele cresc în intensitate devenind de tip Gaggarin-

Scanned with OKEN Scanner

Jackson sau accese convulsive mari. Pneumoencefalograma arată dilatarea ventriculului cerebral și o atrofie corticală de partea opusă a complexului simptomatic martor.

1. Baird H. W.: *P. Clin. North America*, 1963, 10, 705–722.
2. Kreindler A.: *Neurologia*, vol. I–II, Edit. Medicală, București, 1957.
3. Sumi S. M., Teasdall R. D.: *Neurology*, 1963, 13, 582–586.
4. Wilson S. A. K.: *Neurology*, 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KÖHLER I (boala lui) (1908): **necroza aseptică a osului navicular; boala lui Mouchet-Köhler.**

Este o afecțiune ce apare cu predilecție la băieți, la vîrsta de 5—6 ani. Tabloul clinic se caracterizează prin durere, șchiopătare, sensibilitate la palpare, tumefacție și roșeață. Etiologia este probabil traumatică. Din punct de vedere radiologic, boala se caracterizează prin îngustarea și sclerozarea uni sau bilaterală a osului navicular. Tratamentul este chirurgical.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase*. Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie*. Edit. Medicală, București, 1965.
3. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie*. Edit. Flammarion, Paris, 1967.
4. Zaorski J. P.: *Przegl. Chir.*, 1927, 6, 438.

KÖHLER II (boala lui): **epifizita metatarsului; necroza epifizară Freiberg.**

Este o osteocondrită a capului celui de al II-lea metatarsian. Boala se manifestă clinic prin edemul piciorului, durere locală prin compresiune pe capul respectivului os metatarsian și în timpul suprasolicitărilor, dureri importante la nivelul articulațiilor metatarso-falangiene. Etiologia bolii este cu probabilitate, traumatică. La examenul radiologic se constată un proces de osteoporoză, în care apar mici sechestre osoase, mai ales în regiunea capului metatarsianului al II-lea. Tratamentul este chirurgical.

1. Feighin M.: *Lexicon de simptome și sindroame*. Edit. Medicală, București, 1967.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie*. Edit. Flammarion, Paris, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

3. Szerszynski B. P. : *Przegl. Chir.*, 1927, 6, 443.
4. Volkmann H. : *Medizinische Terminologie.* München-Berlin, 1951.

KÖHLER-STIEDA (boala lui) (1908) : **exostoza traumatică a condilului intern al femurului ; boala lui Pellegrini-Stieda ; boala lui Pellegrini-Stieda-Schatte.**

Este o boală determinată de osificarea ţesuturilor moi în regiunea condilului medial al femurului. Apare cel mai frecvent după un traumatism în acea regiune. Se manifestă clinic prin dureri la palpare şi în timpul mobilizării articulaţiei genunchiului şi edem. Boala este determinată patogenic de desprinderea unui mic fragment osos din condil sau de o neoformare osoasă în hematomul posttraumatic al tendoanelor şi ligamentelor respective. Examenul radiografic, care de altfel precizează diagnosticul, reliefează o mică umbră, adiacentă condilului medial şi femurului la limita dintre capul osului şi condil. Tratamentul este chirurgical.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
2. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile,* 1949.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostik,* Berlin, 1931.

KÖNIG (boala lui) (1887) : **osteocondrita disecantă a adultului tînăr.**

Este o boală articulară (cot, şold, genunchi, etc.), ce se caracterizează prin necroza unei porţiuni din epifiza articulară, care, în unele cazuri se desprinde şi devine un corp liber articular. Boala este mai frecventă la adultul tînăr între 18—30 ani, cu mult mai des la bărbaţi decît la femei. Afecţiunea debutează cu dureri articulare, dureri de tip reumatic, exsudat moderat, limitarea discretă a funcţiei articulare şi şchiopătare. Etiologia bolii este inflamatorie şi traumatică. Diagnosticul de precizie se pune pe baza radiografiei : aceasta pune în evidenţă, în interiorul articulaţiei, corpul străin rezultat în urma procesului de necroză. Tratamentul este chirurgical.

1. Cosăcescu A. : *Afecţiuni osoase.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.

Scanned with OKEN Scanner

2. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Kessel K. : *Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol.*, 1931, 2, 11.
4. Ombredanne L. : *Précis de chirurgie infantile.* Masson C-ie, 1949.

KÖRNER (sindromul lui) : **atrofia primară a scoarței cerebelului de tip Körner.**

Este o afecțiune eredo-colaterală și degenerativă a sistemului nervos determinată de atrofia primară a scoarței cerebelului. Degenerarea celulelor nervoase apare în primul rînd la nivelul cerebelului ; ulterior, ea se extinde și în alte zone. Tabloul clinic este dominat de o ataxie cerebeloasă care apare mai întîi la membrele inferioare și apoi la cele superioare, tulburări de micțiune, hipotonie și atrofie musculară, stare demențială și mai rar, un sindrom extrapiramidal. Tratamentul este simptomatic.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, Paris, 1971.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, București, 1965.

KORO (sindromul lui) (1963) : **retracția subită a penisului.**

Este o boală epidemică observată pentru prima dată în 1963 la Singapore de către Gwee. Se manifestă prin trei grupe de simptome : o retracție subită a penisului, care duce la moarte, o senzație de panică, colaps, transpirații, palpitații, grețuri, dispnee, diferite spasme, dureri și parestezii, și diferite complicații datorită măsurilor de remediere a fenomenelor de mai sus. Nu se cunoaște etiologia acestei afecțiuni. S-au observat îmbolnăviri după consumarea de carne de la porcii vaccinați cu vaccin contra febrei porcine (anti-swine fever vaccine). Nu are tratament. Prognostic sumbru.

1. Gwee Ah Leng : *Koro a cultural disease.* Singapore Med. J., 1963, 4/3, 119.
2. Gwee Ah Leng. : *Proc. 2nd. Assian Pacific Neurology Congress*, 1967, 375.
3. Gwee Ah Leng : *Koro-its origin and nature as a disease entity.* Singapore Med. J., 1967, 9/1, p. 3–6.

Scanned with OKEN Scanner

KORSAKOFF (boala lui) (sindromul lui) (1889) : **psihoza alcoolică.**

Este o afecțiune psihică caracterizată prin amnezia faptelor recente, dezorientare temporo-spațială, false recunoștințe, fabulație și o oarecare euforie. Se diferențiază de confuzia mintală deoarece nu are tulburări ale vigilenței și de demență, care afectează nu numai memoria ci și funcțiile intelectuale. Acest sindrom își are originea în imposibilitatea de a forma noi amintiri și de a se situa în timp și spațiu, din cauza unui deficit de referință la trecutul imediat. Anamneza este anterogradă. I se asociază adesea un oarecare grad de amnezie retrogradă, însă amintirile faptelor vechi sînt bine conservate. Cauza cea mai frecventă o constituie alcoolismul. Leziunea electivă ar fi necroza tuberculilor mamilari. Se mai descriu sindroame Korsakoff post-encefalitice, herpetice, etc. Tratamentul constă din evitarea consumului de alcool și vitamina B1.

1. Chafetz M. E. și colab. : *J. nerv. and Ment. Dis.*, 1964, 138, 390.
2. Delay J., Brion S., Lemperiere Th., Lechevalier B., Khochneviss A., Feline A. : *L'encéphale*, 1968, 57, 6, 457–494.
3. Lechevalier B. : *Presse méd.*, 1970, 78, 3, 99.
4. Moore R. A. : *Am. J. Psych.*, 1966, 122, 748.

KORSAKOFF (boala lui) : **psihoza alcoolică prin carență de tiamină.**

Ca și encefalopatia lui Wernicke, această afecțiune se datorește unei carențe de vitamina B_1, mai severă decît aceea din Beri-Beri. Boala se observă mai frecvent la alcoolici, dar ea poate apărea și în alte circumstanțe (vărsături incoercibile, supraîncărcare cu glucoză, etc.). În afară de simptomatologia întîlnită în encefalopatia lui Wernicke, în sindromul Korsakoff, bolnavii mai prezintă și polineuropatie, amnezie retrogradă, tulburări în percepția timpului, pierderea memoriei, iluzii, confabulație, etc. Aceste simptome pot dispare odată cu ameliorarea carenței de tiamină.

1. Brin M. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1962, 98, 528.
2. Follis R. H. jr. : *Deficiency Disease*. Springfield Ill. Ch. C. Thomas, 1958.

Scanned with OKEN Scanner

3. Victor M., Adams R. D. : *Am. J. Clin. Nutrition*, 1961, 9, 379.

KOROVNICOFF (boala lui) : **splenomegalie, hipersplenism, trombocitopenie şi hemoragii gastrointestinale.**

Este o afecţiune înrudită din punct de vedere etiopatogenic cu sindromul Banti, care se caracterizează clinic prin splenomegalie cu hipersplenism, trombocitopenie şi hemoragii gastro-intestinale. Ca şi sindromul Banti, boala lui Korovnicoff este mai frecventă între 15—35 ani şi excepţional după vîrsta de 40 ani. Din punct de vedere clinic, boala se manifestă prin următoarele simptome : splenomegalie cu hipersplenism, anemie, astenie şi dispnee. Ulterior, îşi fac apariţia hemoragiile gastrointestinale (hematemeză şi melenă), hepatomegalia şi ascita. Într-un stadiu tardiv, pe lîngă fenomenele de mai sus, se mai asociază ciroza ficatului cu ascită şi insuficienţă hepatică gravă. În această formă clinică, simptomele dominante sînt hemoragiile gastro-intestinale. Histopatologic, boala se caracterizează printr-o stare fibro-adenică sau scleroză malpighiană a splinei. Anemia ce întovărăşeşte boala se asociază cu o leucopenie şi trombocitopenie importantă. Aceste tulburări sînt determinate de prezenţa hipersplenismului. Evoluţia lentă ; prognosticul foarte sever din cauza hemoragiilor abundente şi grave. Tratamentul este simptomatic, hepatoprotector şi uneori, chirurgical.

1. Ahrens E. H. jr. şi colab. : *Medicine*, 1950, 29, 299.
2. Schiff L. : *Bolile ficatului*. Editura Medicală, Bucureşti, 1970.
3. Sherlock S. : *Gastroenterology*, 1959, 37, 574.

KOSTMANN (boala lui von) : **agranulocitoza lui von Kostmann.**

Boala lui von Kostmann este o agranulocitoză infantilă genetică, totală, care se întîlneşte la sugar, manifestîndu-se în general prin infecţii febrile şi recidivante ale pielii. Debutul bolii este adesea brusc, cu frisoane, febră şi astenie marcată. Deseori se observă exsudate faringiene de culoare brun-cenuşie, iar pe mucoasele bucală, respiratorie, vaginală şi rectală, ulceraţii cu

membrane verzui închise. Pe tegumente se pot observa macule și papule care se transformă în bule. Lipsesc atît splenomegalia cît și durerile osoase. Uneori se observă adenopatii regionale. În timp ce hematiile și trombocitele nu sînt afectate, granulocitele dispar din sînge, iar numărul absolut al limfocitelor și monocitelor poate fi scăzut. Măduva osoasă este hipoplazică. Complicațiile cele mai frecvente sînt: septicemiile, bronhopneumoniile, necrozele hemoragice și leziunile hepatocelulare. Prognosticul este rezervat: circa 80% din cazuri se pierd. Tratamentul constă din administrare de antibiotice, corticosteroizi și transfuzii.

1. Begemann H., Harwerth H. G.: *Praktische Hämatologie.* G. Thieme, Stuttgart, 1961.
2. Bernard J., Bessis M.: *Hématologie clinique.* Masson C-ie, 1958, Paris.
3. Fanconi G., Wallgren A.: *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, București, 1965.
4. Pisciotta A. V.: *J. Lab. and Clin. Med.*, 1964, 63, 445.
5. Pretty H. M. și colab.: *Canad. M.A.J.*, 1965, 93, 1 058.

KOSZEWSKI (sindromul lui): **formă clinică de osteoscleroză ereditară.**

Este o formă clinică specială de osteoscleroză ereditară caracterizată printr-o hiperostoză diafizară generalizată, însă cu conservarea formei osului. Se aseamănă foarte mult cu osteoscleroza Albers-Schönberg (vezi). Bolnavii afectați de această boală prezintă, în afară de leziunile osoase respective, și o anemie importantă.

1. Durham R.: *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
2. Fattorusso V., Ritter O.: *Vademecum clinique.* Masson C-ie, 1963.
3. Leiber B., Olbrich G.: *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.
4. Touraine A.: *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

KRABBE (boala lui): **leucodistrofia cu celule globoide; scleroza cerebrală infantilă acută de tip Krabbe.**

Face parte din grupul leucodistrofiilor. La noțiunea veche de boală demielinizantă, fără semne

inflamatorii, adesea familială, citeodată ereditară, s-a adăugat şi cea de tulburare metabolică primitivă, care afectează mielina în urma unor anomalii enzimatice de origine genetică. În boala lui Krabbe, alături de alterările mielinice, faptul anatomic esenţial constă în prezenţa, în zonele de demielinizare, de celule mari de 20—40 microni, multinucleate, asociate cu mici celule zise epitelioide. Ele se grupează în centre perivasculare care se întovărăşesc de o glioză fibrilară intensă. Ele se datoresc unei supraîncărcări importante în raport cu un deficit enzimatic în cerebrozidă-sulfotransferază. Boala apare la sugar, la vîrsta de 4—5 luni, manifestîndu-se mai întîi prin apatie, hipertonie, accese epileptiforme. Atrofia nervului optic este precoce. În lichidul cefalorahidian, albuminorahia este uşor crescută sau normală. Funcţiile subcorticale persistă multă vreme. Moartea survine în urma tulburărilor bulbare.

1. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Masson C-ie, édit. Paris, 1971.
2. Dunn H. G., Lake B. D., Dolman C. L., Wilson J. : *Brain*, 1969, 92, 329.
3. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1965.
4. Fattorusso V., Ritter O. : *Vademecum clinique.* Edit. Masson C-ie, 1963.
5. O'Brien J. S. : *J, Pediat.*, 1969, 75, 167.

KRABBE (sindromul lui) : angiomatoza lui Krabbe ; boala lui Sturge-Weber-Krabbe (vezi).

KRABBE (sindromul lui) : hipoplazia musculară congenitală universală.

Este o afecţiune ce face parte din grupul hipotoniilor congenitale (miopatiile din naştere). Ca şi celelalte hipotonii congenitale, afecţiunea de mai sus este determinată de o lipsă enzimatică sau de o ineficacitate a acestei enzime. S-a incriminat un deficit de fosforilază musculară care ar împiedica transformarea glicogenului în glucozo-1-fosfat şi mai departe în acid lactic. În ultimul timp, aceste hipotonii se pot dezvolta în urma a două defecte enzimatice în ciclul lui Embden-Meyerhof : acela al fosfo-fructozo-kinazei (Tarni, Okuno, Ikura, Tanaka, Suda şi Nishikawa — 1965) şi al hexoso-izomerazei (Satoyashi şi Kowa — 1965). Defectul enzimatic este rece-

siv. Boala poate apare în copilărie. Copilul merge legănat şi are dificultăţi la urcarea scărilor. Este caracteristică slăbirea musculaturii proximale a extremităţilor. Muşchii pot apare hipertrofiaţi sau atrofiaţi. Biopsia musculară pune în evidenţă modificări de degenerescenţă grasă. Evoluţia este lentă şi progresivă (20—30 ani). Bolnavii în mod treptat rămîn infirmi, imobilizaţi la pat şi mor prin afecţiuni intercurente. Nu are tratament.

1. Barrows H. S. : *G. P.*, 1964, 29, 146.
2. Gerstenbrand F., Pateisky K., Weingarten K. : *Wien Zschr. Nervenhk.*, 1962, 19, 443.
3. Heyck H., Landahn G. : *Klin. Wschr.*, 1963, 41/II, 905.
4. Pearce J. M. S., Pennington R. J., Walton J. N. : *J. Neurol.* London, 1964, 27, 96.
5. Seitz D. : *Dsche Zschr. Nervenhk.*, 1965, 187, 166.
6. Struppler A. : *Nervenarzt*, Berlin, 1955, 26, 398.

KRABBE (sindromul lui) (1916) : **pinealomul lui Krabbe ; tumorile epifizei.**

Este o afecţiune tumorală cu punct de plecare de la nivelul celulelor glandei epifize. Se întîlneşte îndeosebi la băieţii care au o pubertate precoce. Ţesutul cerebral este comprimat, însă numai rareori el este invadat de adenom. Trecerea între al III-lea şi al IV-lea ventricul poate fi obstruată ; din această cauză compresiunea nucleilor oculomotori poate provoca paralizii oculare cu deviaţia conjugată şi sindromul lui Parinaud (paralizie verticală a privirii). Reflexele pupilare sînt mai întîi diminuate, apoi abolite, iar nistagmusul este frecvent. Mersul devine ataxic şi compresiunea eventuală a căilor piramidale produce paralizii. Prognosticul este infaust.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Hoeber, 1962.
2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*, Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.

KRAEPELIN (boala lui) : **catatonia tardivă.**

Este o psihoză caracterizată printr-o catatonie ce debutează la vîrsta presenilă. Se manifestă clinic printr-o psihoză atipică cu fenomene catatonice şi evoluţie rapidă spre demenţă. Evo-

luţia este relativ lentă, în cîţiva ani, conducînd totdeauna la deces.

1. Arieti S. : *American Handbook of Psychiatry*, vol. I, Basic Books, 1959.
2. Enelow A. J. : *California Med.*, 1965, 102, 1–4.
3. Gibson R. W. şi colab. : *Am. J., Psychiatr.*, 1959, 115, 1 101.
4. Redlich F. C., Freedman D. X. : *The theory and practice of psychiatry*. Basic Books, 1958.

KRASOWSKA (sindromul lui) (1951) : **sindromul psihodegradării alcoolice.**

Este un sindrom întîlnit frecvent la alcoolicii cronici. După o perioadă relativ lungă de tulburări afective cum ar fi de exemplu depresiunea, nesiguranţa, inadaptabilitatea, tendinţa de control asupra celor din jur, apare o diminuare a nivelului intelectual şi dispariţia izolată a sensibilităţii superioare. Sînt păstrate reacţiile imediat normale. În această perioadă, există o pierdere a controlului, încît ingerarea de alcool etilic, sub orice formă sau în orice cantitate, declanşează un consum nestăpînit de alcool. Tratamentul constă din suprimarea totală şi permanentă a consumului de alcool.

1. Chafetz M. E. şi colab. : *J. nerv. and ment. dis.*, 1964, 138, 390.
2. McCarthy R. G. : *Alcohol Education for Classroom and Community*. McGrav-Hill, 1964.
3. Moore R. A. : *Am. J. Psychiat.*, 1966, 122, 748.
4. Krasowska J. : *Rocz. Psych.*, 1951, XXIX, 39, 1, 10.

KRAUS-PENNACHI (boala lui) : **encefalita periaxială difuză ; encefaloleucopatia difuză Flatau ; sindromul Heubner-Schilder-Foix ; boala Schilder-Foix; boala lui Schilder (vezi).**

KRISHABER (sindromul lui) : **neuropatia cerebro-cardiacă.**

1. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Edit. Delalande-Courbevoie, 1963.

KROMPECHER (boală) : **carcinomul lui Krompecher.**

1. Kozlowski H. şi colab. : *Dermat. Mschr.*, 1972, 158, 110–115.

Scanned with OKEN Scanner

KRUCKENBERG (boală) (1896) : **tumoarea ovariană metastatică ; fibrosarcomul muco-celular carcinomatos.**

Unul dintre carcinoamele cele mai importante care dau metastaze în ovar este tumoarea Kruckenberg, care de obicei își are originea în stomac și intestin. Ea afectează ambele ovare și se prezintă ca o tumoare mare, producătoare de mucină, colorată în negru, lobulată și solidă, îmbrăcată într-o capsulă groasă, neaderentă și de forma rinichiului. Această tumoare de ovar trebuie diferențiată de tumorile primitive ale ovarului, unde prognosticul este cu totul diferit de cele secundare, cum ar fi tumoarea Kruckenberg. Evoluția este fatală.

1. Kruckenberg F. : *Arch. Gynaekol.*, 1896, 50, 287.
2. Malkasian G. D. jr. și colab. : *Obst. and Gynec.*, 1965, 26, 669.
3. Malloy J. J. și colab. : *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1965, 93, 867.
4. Malloy J. J. și colab. : *Am. J. Obst. and Gynec.*, 1965, 93, 880.
5. Maury W. P. jr. : *South M. J.*, 1964, 57, 869.

KRUPA-POSNER-SCHLOSSMAN (sindromul lui) (1948) : **glaucomul ciclic ; sindromul lui Posner-Schlossman (vezi).**

KUBIK-ADAMS (sindromul lui) (1949) : **sindromul arterei bazilare.**

Este un sindrom neurologic ce se manifestă clinic prin cefalee, obnubilare, senzație de nesiguranță, pierderea cunoștinței și comă. Bolnavii mai pot prezenta tulburări ale vorbirii de tipul disartriei, tulburări de deglutiție și alte simptome pseudobulbare. Se mai pot observa paralizii în teritoriul perechii a VII-a de nervi cranieni, precum și plîns și rîs forțat. Semnul lui Babinski este pozitiv bilateral. Se poate însoți de hemiplegii. Se citează de asemenea și diferite tulburări respiratorii și deformarea pupilelor. Prognostic serios. Tratament simptomatic și chirurgical.

1. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd, ed. Oxford, 1964.
2. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie.* Edit. Masson C-ie, Paris, 1971.

Scanned with OKEN Scanner

3. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1967.
4. Wilson S. A. K. : *Neurology,* 2nd, ed. Williams and Wilkins, 1955.

KUFS (boala lui) (1925) : **idioţia amaurotică familială juvenilă tardivă.**

Este o idioţie amaurotică care se instalează tardiv între vîrstele de 15—25 ani. Primele simptome clinice sînt reprezentate de convulsii şi alteraţii psihice. Ele sînt urmate de ataxie cerebeloasă, rigiditate musculară şi tremurături. Nu se cunoaşte modul de transmitere. Face parte ca şi boala lui Tay-Sachs, Spielmeyer-Vogt, etc., din grupul bolilor determinate de o degenerare cerebro-maculară. Tulburările oculare sînt mai puţin marcate decît în formele infantile (tip Dollinger-Bielschowsky) şi juvenile (Vogt-Spielmeyer sau Batten-Mayou).

1. Duncan G. G. : *Bolile metabolismului.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1966.
2. Durham R. : *Encyclopedia of medical syndromes.* New York, 1960.
3. Kufs H. : *Zeitschr. d. Ges. Neurol. u. Psychiatr.,* 1925, 95, 169.
4. Leiber B., Olbrich G. : *Die klinischen Syndrome.* Urban-Schwartzenberg, München-Berlin-Wien, 1966.

KUGEL (boala lui) (1933) : **cardiomegalia congenitală prin miocardiopatie tezaurismotică lipidică ; miocardoza cu depunere de grăsimi de origine necunoscută ; sindromul lui Kugel-Stoloff.**

Este o afecţiune congenitală ce se caracterizează printr-o cardiomegalie şi o infiltrare tezaurismotică lipidică a miocardului. Boala se manifestă prin tulburări respiratorii care apar de la vîrsta de sugar, dispnee, crize de tahicardie şi cianoză. Cordul este mare şi deseori, se poate percepe un suflu sistolic. Pe electrocardiogramă se observă lărgirea undei P, complexul QRS înalt, aplatizarea undei T sau inversarea ei. Prognosticul este nefavorabil.

1. Dent C. E. (editor) : *Symposium on inborn errors of metabolism.* Am. J. Med., 1957, 22, 671.
2. Duncan G. G. (editor) : *Diseases of metabolism.* W. B. Saunders, 1964.
3. Kugel M., Stoloff E. G. : *Amer. J. Dis. Child.,* 1933, 45, 828.

Scanned with OKEN Scanner

4. Nadas A. S. : *Pediatric cardiology*, ed. 2. Saunders, 1963.

KUGEL-STOLOFF (sindromul lui) : **cardiomegalia congenitală prin miocardiopatie tezaurismotică lipidică ; miocardoza cu degenerare lipidică de origine necunoscută ; hipertrofia congenitală idiopatică a cordului a lui Kugel (vezi).**

KUGELBERG-WELANDER (sindromul lui) : **amiotrofia spinală tip Kugelberg-Welander.**

Este o afecţiune neurologică eredodegenerativă determinată de o lezionare a celulelor motorii din cornul anterior. Boala se aseamănă din punct de vedere etio-patogenic şi clinic cu amiotrofia spinală progresivă familială a lui Werdnig-Hoffmann. Spre deosebire de aceasta din urmă, ea are un caracter mai benign. Impotenţa musculară survine între a 2-a—16-a lună de viaţă, progresînd încet sub forma de puseuri. Impotenţa are predilecţie pentru musculatura proximală a extremităţilor. Bolnavii pot atinge o viaţă înaintată. Transmisia bolii se face după tipul autosomic recesiv. Pentru diagnostic, valoare mare are examenul electromiografic şi aspectul clinic de distrofie musculară progresivă de tip Duchenne.

1. André Monique : *Les amyotrophies spinales progressives. Essai de classification.* Thèse de Médecine. Nancy, 1970.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1965.
3. Gerstenbrand F., Pateisky K., Weingarten Klara : *Wien Zschr. Nerven.*, 1962, 19, 443.
4. Heyck H., Landahn G. : *Klin. Wschr.*, 1963, 41/II, 905.

KULKOV (boala lui) : **eredoakinezia paroxistică dureroasă.**

Este o afecţiune ereditară şi congenitală care se manifestă clinic printr-o durere puternică, ce survine periodic sub formă de crize, la nivelul extremităţilor. Aceasta se întovărăşeşte de hipotonia şi paralizia muşchilor de la extremităţile interesate.

1. Feighin M. : *Lexicon de simptome şi sindroame.* Edit. Medicală, Bucureşti, 1967.

Scanned with OKEN Scanner

KÜMMELL-VERNEUIL (sindromul lui) (1891): spondilita traumatică.

Este o afecțiune a coloanei vertebrale ce se manifestă tardiv după un traumatism în această regiune. Bărbații tineri cu profesiuni grele și sportivii sînt mai expuși decît femeile. În general, traumatismul care constituie punctul de plecare al apariției sindromului este minor, fapt ce explică trecerea cu vederea a acestui eveniment. La examenul clinic, în faza de sindrom constituit, se constată o deformație a rachisului sub forma unei gibozități progresive, cifoză sau cifoscolioză mai mult sau mai puțin evidentă, limitarea mișcărilor coloanei vertebrale și contracția reflexă a mușchilor șanțurilor vertebrale. La examenul radiografic se observă turtirea unui corp vertebral care ia forma de pană sau chiar o turtire a întregului corp vertebral. Discurile intervertebrale sînt de obicei păstrate. Uneori, se mai pot observa de asemenea fisuri ale corpului vertebral, neregularități osoase și exostoze. În ceea ce privește patogenia, se admite că leziunea primitivă a osteoporozei locale ar fi o fractură minimă, care scapă examenului clinic. Evoluția se face spre vindecarea procesului osos și instalarea unei gibozități. Tratamentul constă din osteosinteză prin operația tip Albee și imobilizare la pat.

1. Cosăcescu A.: *Afecțiuni osoase. Inflamații, Fracturi.* Edit. Welther, Sibiu, 1948.
2. Fevre M.: *Chirurgie infantile et orthopédie.* Flammarion, Paris, 1967.
3. Kümmell C. H.: *Arch. Orthop. Unfall Chirur.*, 1928, 26, 471.

KUNDRAT (boala lui) (1893): limfosarcomul pluricentric; limfosarcomatoza; boala lui Sternberg.

Boala lui Kundrat este o proliferare malignă ce pleacă de la ganglionii limfatici și țesutul limfatic al mucoaselor, ce se caracterizează prin infiltrarea țesuturilor învecinate și limfaticele regionale respective. Se observă mai frecvent în jurul vîrstei de 40 ani. Tabloul clinic depinde de localizarea leziunilor ganglionare. Boala se însoțește de febră, astenie, slăbire, transpirații. La palpare se observă mase ganglionare mari, dure și aderente la piele, situate în regiunea cervicală, axială sau inguinală. Adenopatiile din

Scanned with OKEN Scanner

alte regiuni (mediastin, retroperitoneu) determină compresiuni pe organele vecine. La nivelul măduvei, invadarea limfosarcomatoasă determină anemie și chiar panmieloftizie. Nu rareori, bolnavii prezintă splenomegalie cu hipersplenism. Histologic: biopsia ganglionară evidențiază plaje monomorfe dense de limfocite sau limfoblaști cu distrugerea arhitecturii ganglionare. Prognosticul este infaust, bolnavii decedînd după 1—2 ani de evoluție, excepțional 5 ani. Radioterapia și diferite substanțe antimitotice pot ameliora pentru scurt timp simptomatologia clinică și prelungi evoluția bolii.

1. Chevrel B., Chevrel J. P.: *Presse méd.*, 1970, 78, 26, 1 119.
2. Evans T. E., Doan C. A.: *Ann. Int. Med.*, 1954, 40, 851.
3. Rosenberg S. A., Diamond H. D., Craver L. F.: *Medicine*, 1961, 40, 31–84.
4. Strat C., Bădărău G., Goldenberg N., Russu G., Bușilă A.: *Acta Medica Romana*, 1946, nr. 11–12,6.
5. Wintrobe M. M.: *Clinical Hematology*, 3rd, ed. Lea and Febiger, 1961.

KUNDRAT-PALTAUF (sindromul lui) (1893): limfosarcom; granulo-sarcomatoza lui Pappenheim.

Este forma traheo-hilară a limfogranulomatozei maligne Hodgkin. Constă dintr-o adenopatie cu limfoganglioni aderenți între ei și la țesuturile înconjurătoare. Limfosarcomatoza este mai întîi localizată într-un mic grup de ganglioni mediastinali, se generalizează apoi în totalitatea ganglionilor limfatici din organism. Într-un stadiu mai avansat, pe lîngă adenopatie se observă hepato și splenomegalie moderată. Clinic, boala se manifestă prin stare subfebrilă, astenie, adinamie și anemie. În ganglioni se observă forme degenerative ale prolimfocitelor și limfoblaștilor, celule reticulohistiocitare și eozinofile. Se remarcă o anemie cu leucocitoză și limfopenie. Evoluția este relativ scurtă (în medie 1—2 ani, excepțional 5 ani). Prognosticul este nefavorabil. Tratamentul constă din administrare de antimitotice și radioterapie.

1. Chevrel B., Chevrel J. P.: *Presse méd.*, 1970, 78, 26, 1 119.
2. Lawrence S. A., Diamond H. D., Craver L. F.: *Medicine*, 1961, 40, 31.

Scanned with OKEN Scanner

3. Nicolau C. T. (sub redacția) : *Hematologie.* Edit. Medicală, București, 1959.
4. Rosenberg S. A., Diamond H. D., Craver L. F. : *J.A.M.A.*, 1952, 149, 361.

KUNDRAT (sindromul lui) (1882) : **arinencefalia.**

Este o afecțiune congenitală ce se caracterizează prin absența lobului olfatic al creierului, la care se asociază multiple modificări cerebrale, craniene și vasculare.

1. Gellis S. S., Feingold M. : *Atlas of mental retardation.* U. S. Depart. of Health, Education and Welfare, 1968.
2. Gorlin R. J. : *Some facial syndromes.* Birth defects : Original Articles Series, 1969, 5, 2, 65–76.
3. Touraine A. : *L'hérédité en médecine.* Masson C-ie, Paris, 1955.

KUNKEL (boala lui) : **ciroza hiperglobulinemică a fetei și femeii tinere.**

Este o ciroză disglobulinemică, de etiologie necunoscută care apare mai ales la fetele și femeile tinere. În ceea ce privește patogenia acestei boli, se admite ca și pentru celelalte ciroze de tip disglobulinemic cum ar fi ciroza Cattan, Schindt și Wildhirst, ciroza Antonio și Peragnoli, o patogenie imunologică. Această ipoteză se bazează pe lucrările lui Hartmann, de Finti, Wurmser și Ollier, care au pus în evidență în citoplasma hepatocitului, la acești bolnavi, unele complexe antigen-anticorpi. Nu poate fi explicat faptul de ce se produce o hiperproducție de globuline, electiv pentru gamma A, gamma M sau gamma G. Unii cred de asemenea că boala ar putea fi determinată și de anomalii cromozomiale, care ar determina o sinteză protidică aberantă, asemănătoare celeia din boala lui Waldenström. Simptomatologia clinică, evoluția și tratamentul este asemănător cirozei clasice hepatice.

1. Filoche B. : *Les cirrhoses dysglobulinémiques* (à propos de six observations). Thèse de Médecine, Lille, 1969.
2. Paris J., Gerard A., Paris J. Cl., Filoche B. : *Lille méd.*, 14, 9, 974–978.
3. Schiff L. : *Bolile ficatului.* Edit. Medicală, București, 1970.

KURU (boala din) : **encefalita virală din Noua Guinee.**

Scanned with OKEN Scanner

Este o boală virală descrisă în Noua Guinee, care se manifestă clinic prin simptome ce sînt foarte asemănătoare cu cele ale parkinsonismului postencefalitic. Boala are o evoluție scurtă (în medie un an) și este întotdeauna mortală. Ca și celelalte encefalite cu virus, leziunile se găsesc la nivelul creierului și a măduvei spinării. Această formă se deosebește de celelalte numai prin caracterul său epidemiologic și prin metodele de laborator. Boala se caracterizează clinic prin febră, indispoziție, redoarea cefei, grețuri și vărsături, stupoare, comă și convulsii. În afară de aceste simptome, se mai observă paralizii ale nervilor cranieni, paralizii ale extremităților, reflexe osteotendinoase exagerate, reflexe cutanate absente și prezența unor reflexe patologice. Albuminorahia și tensiunea lichidului cefalo-rahidian sînt deseori crescute ; pleiocitoză limfocitară.

1. Hammon W. M. : *Ann. New York Acad. Sci.*, 1958, 70, 292.
2. Pullen R. : *Communicable Diseases.* Lea and Febiger, 1950.
3. Shinner J. J. : *Arch. Path.*, 1963, 75, 309.
4. Top F. H. : *Communicable and Infectious Diseases*, ed. 5-a, Mosby, 1964.

KURT-MENDEL (sindromul lui) : **diabet insipid cu paralizia pateticului.**

Este un sindrom clinic caracterizat prin existența concomitentă a unui diabet insipid și a unei paralizii a pateticului. Se manifestă prin poliurie fără glicozurie și hiperglicemie, care reacționează favorabil la administrarea de hormon antidiuretic. Paralizia nervului patetic se manifestă prin diminuarea mișcărilor în jos și atunci cînd bolnavul coboară ochii, rotația globului ocular. Se mai observă de asemenea o diplopie cu falsă imagine oblică numai dedesubtul orizontalei, care se manifestă mai ales atunci cînd bolnavul coboară scările. Imaginile nu sînt încrucișate și strabismul este rareori evident. Boala se datorește unor lezionări de la nivelul pedunculului cerebral de partea opusă, imediat dedesubtul nucleului celui de al treilea nerv cranian.

1. Baker A. B. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Hoeber, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

2. Brain R. : *Clinical Neurology*, 2nd. ed. Oxford, 1964.
3. Escourolle R., Poirier J. : *Manuel élémentaire de neuropathologie*. Masson C-ie, édit. Paris, 1971.
4. Hombourger P. : *Nomenclature des maladies et opérations à noms propres*. Ed. Lab. Delalande-Courbevoie, 1963.

KÜSS (sindromul lui) : **ocluzia extrinsecă a colonului sigmoid.**

Este o afecțiune chirurgicală ce se caracterizează printr-un obstacol complet sau parțial la progresiunea conținutului intestinal de la nivelul colonului sigmoid. Cauza cea mai frecventă a acestei ocluzii este o pericolită generalizată, consecință a unei infecții genitale (la femei). Boala mai poate fi determinată de asemenea, de bride, hernii strangulate, tumori extraintestinale și volvulus. Se manifestă clinic prin dureri de tip colicativ, constipație și supresiunea gazelor, hiperperistaltism, meteorism și vărsături. Prognosticul este sever. Tratamentul este numai chirurgical.

1. Fevre M. : *Chirurgie infantile et orthopédie*. Flammarion, Paris, 1967.
2. Hegglin H. : *Diagnosticul diferențial al bolilor interne*. Edit. Medicală, București, 1969.
3. Quervain F. De : *Spezielle chirurgische Diagnostik*. Berlin, 1931.

KÜSS (sindromul lui) : **primoinfecția tuberculoasă.**

Sindromul lui Küss sau primo-infecția tuberculoasă este un ansamblu de manifestări clinice, umorale și anatomice ale unui organism care suferă pentru prima dată contactul cu bacilul Koch. În marea majoritate a cazurilor, bacilul tuberculos pătrunde pe cale aeriană. Uneori poate pătrunde în organism pe cale digestivă, cutanată. Semnele clinice, radiologice și umorale apar în general de la 2 săptămîni pînă la 2 luni de la primul contact cu bacilul Koch. În circa 60—80% din cazuri, primo-infecția tuberculoasă rămîne mută sau determină simptome foarte discrete : febră vesperală, anorexie, oboseală, slăbire, tuse seacă, tulburări menstruale. În alte cazuri, simptomatologia este mai brutală, cu febră ridicată și stare generală alterată, îmbrăcînd diferite aspecte clinice : tifobaciloza lui Landouzy, forma ganglionară, forma alergică, etc. Prognosticul este în general favo-

Scanned with OKEN Scanner

rabil şi vindecarea se face lăsînd în urma bolii sechele radiologice sub formă de complex primar calcifiat. Prognosticul depinde de intensitatea contagiului, vîrsta bolnavului şi reactivitatea organismului. Tratamentul este profilactic şi curativ prin administrare de antibiotice cu efect antibacilar.

1. Albertson J. N. jr. : *Arch. Int. Med.*, 1964, 113, 676.
2. Lambert H. P. : *Am. Rev. Resp. Dis.*, 1959, 80, 648.
3. Myers J. A. : *J.A.M.A.*, 1965, 194, 1 086–1 092.
4. Prinner M. : *Pulmonary Tuberculosis in the adult. Its fundamental aspects.* 2nd. ed. Thomas, 1951.

KÜSSMAUL-MAIER (boala lui) (1866) : **periarterita nodoasă.**

Periarterita nodoasă face parte din grupul colagenozelor. Ea este o arterită segmentară necrozantă cu granulom perivascular, care interesează de obicei vasele de calibru mijlociu. Boala este mai frecventă la bărbat decît la femeie, raportul fiind de 3/1, în jurul vîrstei de 30—40 ani. Semnele generale : febră neregulată, astenie, slăbire importantă. Pe lîngă acestea se mai observă : manifestări nervoase în 60% din cazuri (determinate de lezionarea neuronului periferic şi traduse clinic prin mononevrită, polinevrită, etc.), manifestări cutanate în 20—25% din cazuri, exteriorizate prin noduli roş-violacei, duri, pe antebraţe, faţă, pumni, livideo roşii-violacei pe faţă şi peretele toracic, precum şi edeme segmentare cu apariţie bruscă. Bolnavii mai pot prezenta de asemenea manifestări renale (hematurie, proteinurie, azotemie), manifestări cardio-vasculare (hipertensiune arterială, atingere coronariană în 75% din cazuri, atingere miocardică). Printre manifestările biologice se pot cita : o creştere a vitezei de sedimentare a eritrocitelor, hiperleucocitoză, eozinofilie inconstantă. Diagnosticul se face pe baza biopsiei cutanate sau mai bine pe baza biopsiei musculare. Prognosticul este variabil, între moarte în cîteva săptămîni şi forme cronice cu evoluţie îndelungată. Tratamentul se bazează pe corticoteraple în doze mari.

1. Darmady E. M., Griffits W. J., Spencer H. : *Lancet*, 1955, 1, 378.

Scanned with OKEN Scanner

2. Dechaume M. : *Précis de stomatologie.* Edit. Masson C-ie, 1962, Paris.
3. Habib R., Richet G. : *J. d'urologie,* 1959, 65, 177.
4. Küssmaul A., Maier R. : *Dtsch. Arch. Klin. Med.,* 1966, 1, 484.
5. Reubi F. : *Néphrologie Clinique.* Masson C-ie, Paris, 1961.
6. Talbott J. H., Ferrandis R. M. : *Collagen Diseases.* London, 1956.

KWASHIORKOR (sindromul lui) (1936) : **sindromul pluricarențial al copilului ; malnutricion pluricarencial ; boala lui Williams.**

Este un sindrom care se observă în regiunile tropicale, în zonele unde alimentația este săracă în proteine și este constituită numai din vegetale. Este o carență gravă a sugarului și a copilului mic în vitamine și acizi aminați, mai ales colină și metionină. Histopatologic, se observă o degenerescență grăsoasă a ficatului, atrofia pancreasului exocrin și steatoza și fibroza cortexului suprarenal. Tabloul clinic se caracterizează prin următoarele simptome cardinale : întîrziere în creștere în înălțime și maturarea oaselor, edeme și hipoalbuminemie, anorexie și apatie, dermatoze pelagroide, infiltrația grăsoasă a ficatului, insuficiența fermenților digestivi, hipoelectrolitemie. În afară de aceste manifestări, mai pot fi observate următoarele : anemie, osteoporoză, atrofie musculară, tetanie hipocalcemică și distensie abdominală. Fără tratament, decesul survine în 70% din cazuri. Acizii aminați, preparatele polivitaminice, fierul și alimentația echilibrată, constituie elemente active de tratament.

1. Brainerd H., Margen S., Chatton M. : *Current Diagnosis and Treatment.* Lange Medical Publications, 1967.
2. Fanconi G., Wallgren A. : *Manual de pediatrie.* Edit. Medicală, București, 1965.
3. Scrimshaw N. S., Behar M. : *New England J. Med.,* 1965, 272, 137.

KWOCK (sindromul lui) : **sindromul restaurantului chinezesc.**

Este o afecțiune ce se observă la indivizii care frecventează restaurantele cu mîncăruri chinezești și care se manifestă prin dureri abdominale, aste-

nie, adinamie, cefalee. Se pare că aceste tulburări sînt determinate de prepararea alimentelor cu monoglutamatul de sodiu.

1. * * * *Brit. Med. J.*, 1968, 24 aug. p. 447.

KYASAMUR-FOREST DISEASE: febra de Omsc (vezi).

KYRLE (boala lui) (1916): **hiperkeratoza foliculară şi perifoliculară penetrantă în tegumente; hiperkeratoza foliculară şi parafoliculară.**

Este o dermatoză cu etiologie necunoscută, care din punct de vedere clinic se aseamănă cu boala lui Darier. Se manifestă clinic prin apariţia, la nivelul tegumentelor, a unor papule hiperkeratozice, profunde, solitare sau unite în bule de culoare castanie. Localizarea lor electivă este la nivelul axilelor, extinzîndu-se apoi pe trunchi şi extremităţi. După excizia papulelor hiperkeratozice, rămîne o depresiune. Boala este mai frecventă la femei şi mai ales, după vîrsta de 40 ani. Evoluţia este îndelungată, iar prognosticul bun. Nu are tratament specific.

1. Andrews G. C., Domonkos A.: *Diseases of the skin*. W. B. Saunders, 1963.
2. Kyrle J.: *Arch. Dermat.*, 1916, CXXIII, 466.
3. Pillsbury D. M., Shelley W. B., Kligman A. M.: *A manual of cutaneous medicine*. W. B. Saunders, 1961.
4. Rook A., Wilkinson D. S., Ebling F. J. G.: *Textbook of Dermatology*. Blackwell-Oxford, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

INDEXUL ALFABE

AL BOLILOR (b) ŞI AL SINDROAM CU NUME PROPRII PE APARATE, SISTEME ŞI SPECIALITĂŢI

W. 4.75
35.299

Volumul I.

1. APARATUL RESPIRATOR

	Pag.
Ameuille-Lejars (s): infiltratele pulmonare labile	33
Armand-Delille-Darbois (s): splenopneumonia tuberculoasă	43
Arnold (s): tusea reflexă Arnold	46
Assmann (b): infiltratul tuberculos precoce	49
Baker (s): ictusul laringian	59
Bostock (b): astmul polenic sau catarul estival	129
Boven-Allen (b): pneumopatia abortivă	135
Burke (s): absenţa totală sau parţială a seg- pulmonare	164
fibroza pulmonară macronodulară	175
(s): idem	175
stedt: hemosideroza pulmonară	187
arcot (s): ictusul laringian sau sindromul tusei	191
Charcot (s): pneumonia cronică pleurogenă	192
Concato (b): poliserozita	225
Doig-MacLaughlin (s): miliara sudorilor cu arc voltaic	287
Dupré (s): congestia pulmonară	304
Engel (s): infiltratul labil al pulmonului	319

Scanned with OKEN Scanner

INDEXUL ALFABETIC

AL BOLILOR (b) ŞI AL SINDROAMELOR (s) CU NUME PROPRII PE APARATE, SISTEME ŞI SPECIALITĂŢI

W. 4.15
35.299

Volumul I

1. APARATUL RESPIRATOR

	Pag.
Ameuille-Lejars (s): infiltratele pulmonare labile	33
Armand-Delille-Darbois (s): splenopneumonia tuberculoasă	43
Arnold (s): tusea reflexă Arnold	46
Assmann (b): infiltratul tuberculos precoce	49
Baker (s): ictusul laringian	59
Bostock (b): astmul polenic sau catarul estival	129
Boven-Allen (b): pneumopatia abortivă	135
Burke (s): absenţa totală sau parţială a segmentelor pulmonare	164
Caplan (s): fibroza pulmonară macronodulară şi PCE	175
Caplan-Colinet (s): idem	175
Ceelen-Gellerstedt: hemosideroza pulmonară idiopatică	187
Charcot (s): ictusul laringian sau sindromul tusei	191
Charcot (s): pneumonia cronică pleurogenă	192
Concato (b): poliserozita	225
Doig-MacLaughlin (s): miliara sudorilor cu arc voltaic	287
Dupré (s): congestia pulmonară	304
Engel (s): infiltratul labil al pulmonului	319

Scanned with OKEN Scanner

Fanconi-Hegglin (s): pneumonia cu reacţia Wassermann pozitivă 340
Fernet (s): congestia pulmonară 346
Fernet-Boulland (s): pleuro-peritonita tuberculoasă 346
Fleischner (s): sindromul de atelectazie pulmonară 353
Gaucher (b): aspergiloza pulmonară . . 405
Goodpasture (s): pneumonia benignă hemoragică cu glomerulonefrită 431
Grancher (b): splenopneumonia Grancher . 441
Hamman-Rich (b): fibroza pulmonară interstiţială difuză 471
Harkaway (s): forma pulmonară a periarteritei nodoase 477
Isambert (b): forma faringo-laringiană a granuliei 544
Janet (s): chilotoraxul congenital . . . 560
Janus (s): aspect contrastant radiologic . . 562
Jeune (s): distrofia toracică asfixiantă . . . 565
Kartagener (s): triada Kartagener . . . 584
Kartagener (s): infiltratul pulmonar . . . 584
Küss (s): primoinfecţia tuberculoasă . . . 624

2. APARATUL CARDIO-VASCULAR

Abrami-Fauvert (s): hipotensiunea ortostatică idiopatică **11**
Acosta (b): boala de altitudine; boala munţilor 16
Adams-Stokes (s): sincope brutale în cursul blocului a-v complet 17
Ayerza-Arrillaga (s): insuficienţa cardiacă dreaptă cu cianoză 52
Ayerza-Arrillaga-Escudero (s): idem . . . 52
Bernheim (s): insuficienţa dreaptă prin îngustarea ventriculului 97
Biedl (s): cardiopatie şi nefropatie congenitală, obezitate, hipogonadism, sindactilie şi întîrziere mintală 109
Billroth-Winiwarter-Bürger (b): trombangeita obliterantă 110
Bing (b): nevralgia hemicraniană sau vasodilataţia hemicefalică 110
Bland-White-Garland (s): malformaţia congenitală de cord 114
Botal (b): persistenţa canalului arterial . . 129
Bouveret (b): tahicardia paroxistică esenţială 135

Bouveret-Hoffmann (b): idem 135
Buerger (b): trombangeita obliterantă . . 162
Cassirer (s): acroasfixia cronică hipertrofică . 180
Castello (b): poliglobulie și hipertensiune arterială 182
Charcot (s): sindromul claudicației intermitente 193
Chadrin (b): acrodinia epidemică a adultului 198
Chevalier (b): hemiplegia sudorală . . . 205
Christlieb-Hickler (b): hipertensiune arterială cu stimulare inapropriată de aldosteron . . . 209
Clerc-Levy (s): formă deosebită de sindrom Wolff-Parkinson-White 216
Corrigan (b): insuficiența aortică endocardică 231
Corvisart (b): tetralogia lui Fallot cu arc aortic drept 232
Corvisart (b): hipertrofia cardiacă congenitală idiopatică 232
Cossio (s): comunicare interatrială și dilatarea arterei pulmonare 233
Cassio-Gonzales-Sabathie-Berconsky-Vedoya (s): sindromul posttahicardic 234
Crocq-Cassirer (s): acrocianoza 241
Da Costa (s): astenia neuro-circulatorie . . 251
Doehle-Heller (b): **mezaortita luetică** . . . 288
Dressler (s): sindromul postinfarct . . . 294
Ebstein (b): malformația congenitală a cordului drept 311
Ebstein (b): anomalia congenitală a valvulei tricuspide 312
Ebstein-Bardeta (b): idem 312
Eisenmenger (s): complexul Eisenmenger . . 315
Ekbom (s): sindromul gambelor fără repaus . 315
Elsner (b): stenocardia; angina pectorală . . 317
Evans (b): cardiomegalia Evans 328
Fallot (b): tetralogia Fallot; cardiopatia congenitală cu cianoză 332
Fallot (b): trilogia lui Fallot 333
Fallot (b): pentalogia lui Fallot 334
Fiedler (b): miocardita interstițială . . . 347
Flieder (b): miocardita virală 354
Froment (s): pericardita tuberculoasă . . . 383
Froment-Gonin (s): intricația vertebro-coronariană 383
Gaillard (s): dextrocardia produsă de retracția pleuro-pulmonară 393
Gauchois-Eppinger-Frugoni (s): tromboza recidivantă a venei porte 405
Gaupp (b): poikilodermia congenitală . . . 406

Scanned with OKEN Scanner

Gayet-Bowle-Penfield (b): endarterita calcifiantă a encefalului 407
Gerhardt (s): eritromelalgia 412
Glushien (s): hipertensiunea arterială cu feocromocitom şi neurofibromatoză 427
Goldblatt (s): hipertensiunea arterială secundară ischemiei renale 428
Grégoire (s): flebita albastră 444
Grégoire (s): apoplexia intestinală cu simptome de infarct 445
Grégoire-Couvelaire (s): infarctul intestinal fără leziuni vasculare 445
Heberden (b): angina de piept 485
Heberden (b): nodulii lui Heberden 486
Hedinger (s): fibroza endocardică a inimii drepte 489
Hegglin (s): insuficienţa circulatorie energodinamică 491
Heller-Doehle (b): mezaortita sifilitică . . . 493
Herman (s): cianoza marmorată generalizată angiogenă posttraumatică 499
Hilger (s): carotidinia 506
Hoffmann-Bouveret (s): tahicardia paroxistică . 514
Hodgkin-Corrigan (s): insuficienţa aortică posttraumatică 515
Hodgson (b): insuficienţa aortică arterială . . 516
Holt-Oram (s): cardiopatia cu malformaţii scheletice 518
Horton (b): arterita temporală 523
Horton-Magath-Brown (b): arterita temporală . 523
Huchard (b): arterioscleroza 525
Huttinel-Pick (b): simfiza pericardică tuberculoasă 539
Huttinel (b): pericardita constrictivă 538
Jaccoud-Osler (b): endocardita lentă malignă . 547
Josué (s): sindromul cardio-renal 568
Kaposi-Libman-Sachs (s): endocardita abacteriană 583
Kugel (b): cardiomegalia congenitală prin tezaurismoză lipidică 618
Kugel-Stoloff (b): idem 619

3. APARATUL DIGESTIV

Abrami (s): septicemia enterohepatică cu coli 11
Abrami (b): icterul hemolitic cîştigat . . . 11
Abrami-Frumusan (b): ciroza hipertrofică anicterică 12

Antonio-Peragnoli (s): ciroza hiperprotidemică a bărbatului 36
Balser (s): necroza grăsoasă a pancreasului . 62
Bandler (s): melanoza și hemangioamele multiple ale intestinului 64
Banti (b) (s): splenomegalia congestivă cu hipersplenism 66
Bard-Pic (s): sindromul pancreatico-biliar . . 67
Baumann-Loeper (s): sindromul abdomino-vascular; leiastenia 80
Baumgarten-Cruveilhier (b): hipoplazia sistemului port și persistența venei ombilicale . . 80
Boas-Mathieu (s): acoria 117
Bois (b): hepatomegalia dispeptică; ciroza venoasă și dispeptică 123
Borhardt (b): volvulus gastric 128
Botkin (b): hepatita epidemică 130
Brennemann (s): limfangita mezenterică acută 140
Brulé-Garaban (s): icterul hemolitic cîștigat; sindromul Abrami 159
Burka (s): icterul cronic idiopatic . . . 163
Cacciari-Pizi (b): hipertensiunea portală de origine splenică 169
Caroli (b): fibroza hepatică congenitală . . 177
Caroli (b): cudura permanentă a colului vezicii biliare 177
Carnot (s): diareea orei a 7-a 178
Carvalho-Lortat Jacob (s): sindromul hiato-esofagian 179
Castaigne (s): ciroza hipertrofică difuză malignă 180
Castaigne-Sainton (s): sindromul hepato-polinevritic alcoolic 181
Cattan (s): ciroza hepatosplenomegalică anascitică 184
Charlier-Levrat (s): hipertermie, astenie și hepatosplenomegalie 199
Charrin-Winckel (b): icterul grav al tinerilor infecțios hemolitic 200
Chauffard-Minkowski (b): icterul hemolitic congenital 201
Chauffard (s): sindromul pancreatico-solar . 202
Chilaiditi (s): interpoziția hepato-diafragmatică 207
Chiray-Albot-Bouvrain (s): icterul grav prelungit cu ciroză 208
Chiray-Pavel (b): colecistatonia 209
Citrin-Gordon (b): enteropatia exsudativă . . 210
Courvoisier (s): sindromul pancreatico-biliar . 67

Scanned with OKEN Scanner

Courvoisier-Terrier (s): sindromul pancreatico-biliar 67
Crigler-Najjar (s): icterul congenital nehemolitic 239
Crohn (b): ileita terminală sclerozantă . . 241
Cronkhite (s): polipoză digestivă cu melanoză, alopecie şi onychatrofie 242
Cronkhite-Canada (s): idem 242
Cruveiller (b): ascita esenţială a tinerelor fete 246
Cruveilhier-Baumgarten (b): obliterarea completă a venei ombilicale 246
Cruveilhier-Péan (b): boala gelatinoasă a peritoneului 247
Curling (b): ulcerul postarsură 248
Debray (s): bauhinita edematoasă . . . 264
Debré (s): hepatomegalia policorică . . . 265
Devic-Bussy (s): polipoza jejuno-colică cu anomalii 281
Dieulafoy (b): exulceraţia simplă 286
Donzelot (b): ciroza cardiacă bronzată . . 291
Dubin-Johnson (s): icterul idiopatic cronic . . 296
Dudley-Klingenstein (s): sindromul jejunal . 302
Einhorn (b): gastrita ulceroasă 315
Eppinger-Cesa-Bianchi (b): ciroza reticulo-endotelială cu hiperhemoliză 322
Fiessinger-Brodin (s): ciroza alcoolică hipertrofică ascitică 349
Fiessinger-Guy Albot (s): ciroza hipertrofică reziduală a ficatului 349
Fiessinger-Merklen (s): ciroza ictero-pigmentară xantomatoasă 350
Fitz-Hugh-Curtis (s): perihepatita gonococică . 352
Frugoni (b): splenomegalia congestivă cu hipersplenism 385
Gardner (s): polipoză digestivă şi tumori osoase şi a ţesuturilor moi 397
Garnier-Reilly (b): icterul infecţios cu reşute 399
Garnier-Reilly (s): icterul cataral spirochetozic 400
Gee (b): maladia celiacă 408
Gee-Thayren (b): maladia celiacă 408
Gennes de-Delarue-De Véricourt (b): hemocromatoza cu sindrom endocrino-hepato-miocardic . 410
Gierke von (b): glicogenoza hepato-renală . 416
Gilbert (s): colibaciloza digestivă 417
Gilbert (b): icterul familial nehemolitic . . 417
Gilbert-Lereboullet (b): colemia benignă familială 419

Gilbert-Meulengracht (s): icterul intermitent juvenil 419
Glénard (b): enteroptoza 425
Glotz (s): chistul solitar neparazitar al ficatului 426
Gordon (s): gastroenteropatia exsudativă . . 432
Grégoire (s): infarctul intestino-mezenteric fără leziuni vasculare 445
Grégoire-Couvelaire (s): idem 445
Grumbach-Bourillon-Auvert (b): boala fibrochistică a ficatului 449
Haden (s): icterul hemolitic congenital fără sferocitoză 462
Halbrecht (b): icterul noului născut . . . 466
Hambourg (b): enterita acută necrozantă . . 470
Hanot (b): ciroza biliară primitivă . . . 474
Hanot tip MacMahon (b): ciroza biliară primitivă colestatică 474
Hanot tip Kiener (b): hepatita parenchimatoasă difuză 475
Hanot tip Rössle (b): colangita lentă . . . 476
Hațieganu (s): sindromul dispeptic duodenal . 481
Heitz-Boyer (b): sindromul entero-renal . . 493
Herter (b): boala celiacă 501
Heubner-Herter (b): idem 503
Heyd (s): hepato-nefrita 504
Hirschprung (b): magacolonul congenital aganglionar 509
Holda (b): forma clinică de icter hemolitic epidemic 515
Huet (s): sindromul hepato-ovarian . . . 526
Hunter (s): glosita Hunter 530
Huttinel-Sabourin (b): ciroza hipertrofică grăsoasă 539
Israels (s): hiperbilirubinemie printr-o cale alternativă de producere a bilirubinei . . . 543
Janbon (s): enterita holeriformă 559
Jeghers-Peutz (s): lentigino-polipoza digestivă 565
Johnson (s): hiperbilirubinemia idiopatică . . 570
Kelly-Paterson (s): strîmtorarea esofagului superior 588
Kelsch-Kiener (s): ciroza atrofică hepatică postmalarică 588
Kinnear-Wilson (b): hepatita juvenilă familială 599
Korovnikoff (b): splenomegalie, hipersplenism și hemoragii digestive 612

Kunkel (b): ciroza hiperglobulinemică a femeii tinere 622
Küss (s): ocluzia extrinsecă a sigmoidului . . 624
Kwock (s): sindromul restaurantului chinezesc . 626

4. APARATUL GENITO-URINAR

Abderhalden-Fanconi (s): degenerescență tubulară prin tulburarea metabolismului acizilor aminați 10
Albright (s): acidoza tubulară 23
Albright (s): hipercalciuria idiopatică . . . 24
Alport (s): nefrita hemoragică ereditară cu surditate 31
Bickel-Thursby-Pelham (s): insuficiența tubulară cu tulburări de dezvoltare 107
Biedl (s): nefropatie congenitală întovărășită de malformații 109
Birch-Hirschfeld (b): rabdomiosarcomul renal . 112
Boyd-Stearns (s): acidoza renală hipocloremică cu rahitism tardiv 137
Bright (b): glomerulonefrita difuză acută . . 141
Burnett (s): sindromul lapte-alcaline . . . 164
Bywaters (s): sindromul de strivire . . . 166
Cacchi-Ricci (b): ectazia tubulară pericalicială 168
Castaigne (s): perinefrita cronică dureroasă . 181
Caulk (s): sindromul obstructiv prostatic feminin 185
Cope (s): sindromul lapte alcaline; sindromul Burnett 230
Darrow-Eliel (s): azotemia prin alcaloză hipocloremică și hipokaliemică 259
Debove (b): diabetul renal; diabetul aglicemic 264
Delbanco (s): crauroza glandului și prepuțului penisului 276
Dent (b): diabetul fosfatic solitar cu glicinurie 278
De Toni (s): sindromul dismetabolic și disendocrinian 282
De Toni-Fanconi-Debré (s): tulburări multiple ale funcției tubulare 283
Du Castel (b): balanita pustulo-ulceroasă . . 298
Epstein (b): nefroza lipoidică 321
Falson (s): sindromul obstructiv prostatic feminin 336
Fanconi-Toni-Debré (s): rahitismul din insuficiența tubului proximal 340

Gasser (s) : sindromul uremic hemolitic acut . 402
Gasser-Karrer (s) : anemia hemolitică uremică a prematurilor 403
Gilbert-Behçet (s) : sindromul oculo-buco-genito-urinar 419
Goldblatt (s) : hipertensiunea secundară unei ischemii renale 428
Goodpasture (s) : pneumonia hemoragică cu glomerulonefrită 431
Goeminne (s) : displazie renală şi keloide multiple, torticolis, etc. 439
Guyon (b) : carcinoza prostato-pelviană . . . 459
Haff (b) : mioglobinuria din Haff 463
Hamburger-Crosnier-Mathé (s) : nefrita prin hipertonia osmotică a plasmei 471
Hartnup (b) : hiperaminoaciduria 479
Heitz-Boyer (b) : neoformaţia edematoasă a colului vezical feminin 494
Heitz-Boyer (b) : boala diverticulară a prostatei 494
Herrmann (s) : nefrita ereditară cu surditate progresivă şi malformaţii 500
Heubner (b) : pedonefrita 503
Heyd (s) : sindromul hepato-renal 504
Hunner (b) : cistita interstiţială 528
Jonxis (s) : tubulopatie parţială 567
Josué (s) : sindromul cardio-renal 568
Juhel-Renox (s) : necroza corticală a rinichiului 569
Kimmelstiel-Wilson (b) : glomeruloscleroza diabetică 592
Klemperer (s) : diabetul renal 596
Koro (s) : retracţia subită a penisului 610

5. HEMATOLOGIE

Addison-Biermer (b) : anemia megaloblastică . 18
Alder (s) : sindromul granulaţiilor azurofile . 26
Aldrich (s) : trombopenia pură 26
Aldrich-Wiscott (s) : trombopenia pură . . 26
Alexander-Goldstein (s) : hemofilo-hemogenia . 28
Bateman (b) : purpura senilă 78
Benjamin (s) : eritroblastopenia constituţională 90
Bernard (s) : hemoliza acută familială . . . 95
Bernard-Soulier (b) : trombopenia cu distrofie plachetară 96
Besnier (b) : purpura reumatoidă 99
Bianco-Silvestroni (s) : thalassemia minimă . 106
Biermer (b) : anemia pernicioasă 109

Scanned with OKEN Scanner

Bithell (b): trombopenia izolată congenitală şi familială 113
Blackfan-Diamond (b): eritroblastoftizia; eritrogeneza imperfectă 113
Bouroncle-Wiseman-Rosenthal (b): reticulo-endotelioza leucemică 134
Brill-Baehr-Rosenthal (b): limfomul giganto-folicular 142
Brill-Symmers (b): limfomul giganto-folicular . 142
Caminopetros (s): anemia eritroblastică cu facies mongolian incomplet 172
Canale (s): mieloza eritremică cu reticulo-endotelioză 174
Carl Smith (b): limfocitoza infecţioasă acută . 176
Chediak-Higashi (s): anomalia leucocitară cu albinism oculo-cutanat 203
Chevallier (s): anemia disfagică . . . 205
Chevallier (b): purpura inflamatorie cronică . 205
Chevallier-Fiehrer (b): disprotrombia . . 206
Chiari (b): tromboza sau obliterarea venelor suprahepatice 207
Christmas (b): hemofilia B 212
Clough-Richter (s): anemia familială cu autoaglutinarea hematiilor 217
Codounis (b): cianoza methemoglobinică ereditară 219
Comby (b): methemoglobinemia apei de băut . 224
Cooley (b): anemia eritroblastică sau thalassemia majoră 228
Crosby (s): anemia hemolitică nesferocitară cu tulb. metab. porfirinic 244
Czerny (b): anemia tip Czerny 250
David (b): purpura ereditară simplă 260
Davidson (b): anemia refractară; anemia aplastică 261
Debler (b): anemia hemolitică familială . . 263
Debove (b): anemia splenică 263
Diamond-Blackfan (b): anemia cronică congenitală agenerativă 282
Di Guglielmo (b): eritromieloza acută 284
Doan-Wright (s): panhematopenia splenică . . 287
Donath-Landsteiner (s): hemoglobinuria paroxistică a frigore 289
Dressbach (s): anemia cu celule falciforme . 293
Dressler (b): hemoglobinuria paroxistică . . 294
Duhamel (b): mielofibroza limfoidă 301
Dyke-Young (b): anemia hemolitică monocitară 309
Ecklin (s): anemia familială gravă 312

Scanned with OKEN Scanner

Edelmann (b) : anemia infecţioasă cronică . . 313
Estren-Dameshek (b) : hipoplazia medulară familială 326
Estren-Babb-Dameshek (b) : hipoplazia medulară familială 326
Evans (s) : purpura trombocitopenică . . . 327
Evans-Fisher (s) : purpura trombocitopenică . 327
Faber (b) : anemia hipocromă esenţială feriprivă a adultului 330
Fairley (s) : sindromul poliglobulie-tumoare . 334
Fanconi (b) : mieloza aplastică infantilă familială 337
Fanconi (b) : trombopenia Fanconi 337
Fanconi-Patrassi (s) : anemia hemolitică congenitală 339
Fanconi-Schlesinger (s) : nanismul renal cu anemie şi hipercalcemie 339
Favre-Croizat-Guichard (b) : mieloza aleucemică megacariocitară 342
Fontana-Pettinari (b) : splenomegalia primitivă aneritremică 359
Franck (b) : anemia aplastică acută ; aleukia acută 371
Franck (s) : trombopenia esenţială 372
Frugoni (b) : eozinofilia infecţioasă 385
Gaisboeck (s) : policitemia cu hipertensiune arterială 392
Gardner-Diamond (s) : purpura posttraumatică . 397
Gänsslen (b) : anemia splenică hemolitică cu distrofii osoase 400
Gasser (b) : eritroblastopenia acută . . . 402
Gasser (s) : sindromul uremic hemolitic acut . 402
George Di (b) : insuficienţa imunitară congenitală 410
Gerbasi (s) : anemia megaloblastică a primei copilării 411
Glanzmann (s) : trombastenia ereditară . . 423
Glanzmann (b) : eritroblastopenia esenţială . . 423
Glanzmann (b) : insuficienţa imunitară congenitală prin atingerea celulelor suşe de origine . 424
Glanzmann-Reinikor (b) : agamaglobulinemia alimfocitară 424
Gougerot (b) : boala trisimptomatică ; purpura subacută secundară 434

Griesinger (b): anemia minerilor; cloroza din Egipt 445
Haden (s): icterul hemolitic congenital fără sferocitoză 462
Hagemann (s): defectul de coagulare prin lipsa factorului XII 464
Harley (b): hemoglobinuria paroxistică la frig 478
Hayem (b): anemia hipocromă esenţială . . 484
Hayem-Faber (b): anemia hipocromă achilică 484
Hayem-Von Jacksch-Luzet (b): anemia pseudoleucemică 484
Hayem-Widal (b): icterul hemolitic dobîndit . 485
Hegglin (b): tulburarea polifilă de maturaţie . 490
Herrick (b): anemia cu hematii falciforme . . 500
Hittmair (b): leucoza acută mixtă mieloido-monocitară 510
Hodgkin (b): limfogranulomatoza malignă . . 510
Hodgkin (b): granulomul Hodgkin . . . 511
Hodgkin (b): paragranulomul Hodgkin . . 512
Huttinel (b): purpura reumatoidă 539
Imerslund-Najman-Grasbeck (b): anemia megaloblastică prin malabsorbţia de vitamina B_{12} 542
Israel-Wilkinson (b): anemia acrestică . . 543
Jadassohn (s): infiltraţia pseudoleucemică . . 553
Jacksch-Hayem-Luzet (s): amenia infantilă pseudoleucemică 558
Jürgens (s): trombocitopatia esenţială constituţională 572
Kahler (b): plasmocitomul multiplu al oaselor 575
Kasbach-Merritt (s): angiomatoza gigantă . . 585
Kasselbach (s): trombocitopenia cu hemangiom gigant 586
Kostmann (b): agranulocitoza 612

6. NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Adie (s): pupilotonia primară 19
Alexander (b): leucodistrofia 28
Alzheimer (b): demenţa senilă precoce cu atrofie cerebrală 32
André Thomas (b): atrofia cerebeloasă lamelară 35
Anton-Babinski (s): sindromul lobului parietal drept 36
Aran-Duchenne (b): atrofia musculară progresivă spinală 40

Scanned with OKEN Scanner

Aran-Duchenne (b): paralizia radiculară inferioară 41
Arnold-Chiari (b): anomalia cerebelo-bulbară . 47
Aubry-Ombredanne (b): arahnoidita adezivă de origine otică 51
Avellis (s): hemiplegie de tip Avellis 51
Axenfeld-Schuremberg (s): fenomenul ciclic al nervului oculo-motor comun 51
Babinski (s): tabesul frust asociat cu aortita luetică 55
Babinski-Vaquez (s): tabesul frust asociat cu aortita luetică 55
Babinski-Froment (s): sindromul extenso-progresiv de origine reflexă 56
Babinski-Gendron (s): meningomielita aseptică 57
Babinski-Nageotte (s): hemiplegie prin lezionarea nervilor IX, X și porțiunea bulbară a perechii a XI-a 57
Balint (s): paralizia psihică a privirii 61
Ballard-Miller-Degen-Paie (s): sindromul encefalopatic psiho-depresiv 61
Balo (b): encefalita periaxială concentrică . . 62
Barany (s): hemicrania cerebeloasă 67
Barbeau (s): miopatia oculo-faringiană cu ptoză și disfagie 68
Barnes (s): musculodistrofia ascendentă cu caracter ereditar 70
Barraquez-Bordas-Ruiz-Lara (s): atrofia toxică a cerebelului 71
Barré (s): sindromul disarmonic 71
Barré-Liéou (s): sindromul cervical posterior; migrena cervicală 72
Barré (s): sindromul piramidal defectiv . . 73
Bartschi-Rochaix (s): sindromul cervical posterior 74
Batten (b): ataxia cerebeloasă congenitală . . 78
Batten-Mayou (b): idioția amaurotică juvenilă . 79
Batten-Turner (s): miopatia congenitală tip Batten-Turner 79
Bayle (b): paralizia generală; meningo-encefalita luetică difuză 80
Beard (b): neurastenia 83
Becker-Kiener (b): miopatia cu evoluție lentă . 85
Bell (b): psihopatia maniacală acută . . . 89
Bell (b): paralizia facială periferică . . . 89
Benedikt (s): hemiplegia pedunculară . . . 89
Bergeron (b): coreea electrică; coreea isterică 91

Scanned with OKEN Scanner

Bergeron-Henoch (b) : coreea electrică . . . 92
Beriel-Devic-Alajouanine (s) : meningo-neuromiozita 93
Bernard-Horner (s) : paralizia simpaticului cervical 95
Bernard (s) : sindromul lezionării sistemului nervos simpatic 95
Bernardt (s) : formă clinică de atrofie musculară progresivă 96
Bernard-Roth (s) : nevralgia parestezică a nervului femuro-cutanat 97
Bers-Conrad (s) : halucinaţia senzorială cronică 98
Beyermann (b) : imbecilitatea cerebelo-ataxică 105
Bielschowsky-Iansky (b) : idioţia amaurotică familială infantilă tardivă 108
Biemond (b) : miopatia distală juvenilă ereditară 108
Bing (b) : hemicrania roşie ; eritroprosopalgia . 110
Bing-Horton (b) : cefaleea histaminică . . . 111
Bingswanger (s) : encefalita subcorticală cronică 111
Blanchet (s) : meningopoliradiculonevrita lombară 114
Block (s) : astazia-abazia 116
Bogaert van (b) : atrofia progresivă a nucleului palid 119
Broadbent (b) : apoplexia progresivă . . . 145
Broca (b) : afazia motorie ; afazia expresivă . 145
Brouver (b) : atrofia cerebeloasă difuză . . 155
Brown-Sequard (b) : epilepsia reflexă . . . 155
Brown-Sequard (s) : sindromul din hemisecţiunea măduvei spinării 156
Brun (s) : ataxia frontală 159
Bureau-Barrière (s) : acropatia ulcero-mutilantă nefamilială 161
Burzezicki (s) : parkinsonismul postapoplectic . 165
Cabannes (b) : agenezia primitivă a nucleului perechii nervoase VII 168
Cairns (s) : mutismul akinetic 170
Capgras (s) : iluzia sosiilor 175
Castaigne-Houdart-Buge (s) : diabet şi epilepsie 181
Cavarae (b) : paralizia periodică familială . . 185
Cecile-Vogt (s) : atetoza dublă congenitală . . 187
Cestan-Chenais (s) : Sindrom Claude Bernard-Horner şi sindrom Avellis 188
Charcot (b) : scleroza laterală amiotrofică . . 191
Charcot-Duchenne (b) : scleroza laterală amiotrofică cu paralizie bulbară progresivă . . 194
Charcot-Erb (b) : paralizia spinală spasmodică 194

Scanned with OKEN Scanner

Charcot-Joffroy (b): pahimeningita cervicală hipertrofică 195
Charcot-Marie (b): amiotrofia tip Charcot-Marie 196
Charcot-Marie-Tooth-Hoffmann (b): atrofia musculară progresivă 196
Charcot-Vulpian (b): scleroza în plăci . . . 197
Charcot-Weiss-Baker (s): sindromul sinusului carotidian 198
Chastek (b): paralizia prin factorii antineurină 200
Chauffard (s): hemoragia subarahnoidiană formă tetanică 202
Chavany-Chaignet (s): tulburări neurologice după crisoterapie 203
Christiansen-Silverstein (s): atrofia musculară distală cu sindrom cortical senzitiv 211
Claude (s): sindromul nucleului roşu inferior 213
Claude Bernard-Horner (s): paralizia simpaticului cervical 213
Claude-Gougerot (s): senilitatea precoce pluriglandulară 214
Claude (b): coreea subacută a bătrînilor . . 214
Claude-Lhermite (s): sindromul infundibular . 215
Claude-Lhermite (s): leucoencefalita acută în focare succesive 215
Clerambault (s): eratomania 216
Collet-Martigli-Hoffmann (s): sindrom Claude Bernard-Horner şi Tapia 222
Collet-Sicard-Vernet (s): sindromul de condilogaură ruptă 222
Collier (s): paralizia lui Collier 223
Cosyns-Duret (s): patomimia mutilantă . . 236
Cotard (s): delirul de negaţie 236
Cotugno (s): nevralgia sciatică 237
Creutzfeld-Jakob (s): demenţă, mioclonii, tulburări piramidale şi vizuale 238
Critchley (s): muzicolepsia 238
Curschmann-Steinert (s): distrofia miotonică . 248
Davidson (b): encefalomielopatia spastică . . 260
Davidenkov (s): atrofia musculară progresivă 262
Davison (b): degenerescenţa cortico-striată spinală 262
Debré-Semelaigne-Gilbrin (s): hipertrofia musculară congenitală cu întîrziere intelectuală şi hipotermie persistentă 268
Deiters (s): sindromul nucleului lui Deiters . 270
Dejean (s): sindromul planşeului orbitar . . 270
Déjérine (s): sindromul talamic prin deconectarea arterei talamo-geniculate 270

Déjérine (s): sindromul interolivar . . . 271
Déjérine (s): claudicaţia intermitentă spinală 271
Déjérine (s): afazia senzorială 272
Déjérine (s): alexia 272
Déjérine (s): surditatea verbală pură . . . 272
Déjérine-Foix: sindromul bulbar anterior mediobulbar 272
Déjérine-Klumpke (s): sindromul inferior al reţelei acromiale C_8—D_1 272
Déjérine-Lavalpiquechef (s): ataxia pseudospinală alcoolică 273
Déjérine-Roussy (s) sindromul talamic . . . 273
Déjérine-Sottas (b): nevrita interstiţială hipertrofică 274
Déjérine-Mouzoun (s): sindromul circumvoluţiei parietale ascendente 274
Déjérine-Souques-Sicard (s): sindromul neîntrerupt al nucleului geniculat 274
Déjérine-André Thomas (b): atrofia olivo-ponto-cerebeloasă 275
Demage-Oppenheim (b): paraplegia spastică senilă 276
Devic (b): neuromielita optică acută . . . 281
Dide-Botcaro (s): ramoliţie bilaterală a lobului occipital 284
Divry (s): angiomatoza difuză cortico-meningee 285
Dix-Halpike (s): neuropatia trigeminală . . 286
Dollinger-Bielschowsky (b): idioţia amaurotică familială tardivă 289
Dott-Obrador-Alade (s): hemoragia meningeală a tinerilor 291
Dubini (b): coreea electrică; coreea isterică . 296
Duchenne (b): paralizia pseudohipertrofică . 298
Duchenne De Boulogne (s): musculodistrofia ereditară 298
Duchenne-Erb (s): paralizia radiculară superioară brahială 299
Duchenne-Griesinger (b): distrofia musculară progresivă 299
Dupré-Merklen (s): sindromul Schlemihl . . 304
Eagleton (s): hipoexcitabilitatea labirintică în ortostatism 310
Eagleton (s): durerile retrobulbare din abcesul cerebral 310
Eichhorst (s): miopatia progresivă primitivă . 314
Ekonomo-Fischer (s): sindromul nucleului subtalamic 318
Emery-Dreyfus (b): distrofia musculară benignă 319

Scanned with OKEN Scanner

Erb (b): miopatia juvenilă 323
Erb-Charcot (b): scleroza laterală primitivă . 323
Erb-Crouzon (s): paraplegia sifilitică progresivă 324
Erb-Duchenne (b): paralizia plexului superior . 324
Erb-Goldflam (b): miastenia gravă 325
Eulenburg (s): paramiotonia congenitală . . 327
Evans (s): distrofia simpatică reflexă . . . 328
Fahr (b): calcificarea simetrică a nucleilor de la bază 332
Falconer (s): sindromul costo-brahial . . . 335
Falconer-Wedell (s): sindromul costo-brahial . 335
Fanconi-Ferrazini (s): analgia 339
Fazio-Londe (s): paralizia bulbară progresivă infantilă 342
Ferguson-Critchley (b): ataxia 345
Ferraro-Bogaert-Nissen (b): atrofia emisferelor cerebrale la adult 345
Flatau (b): encefalopatia difuză 353
Förster (s): rigiditatea aterosclerotică a mușchilor 354
Förster (s): amiotrofia generalizată 355
Foix (s): sindromul paramedian bulbar . . . 355
Foix (s): sindromul superior al nucleului roșu 355
Foix-Alajouanine (s): mielita centrală audiohipertrofică 356
Foix-Chavany-Levy (s): sindromul senzitiv cortical 357
Foix-Chavany-Hillemand (s): sindromul mioclonic al calotei protuberanțiale 357
Foix-Hillemand (s): distrofia vezico-gluteo-crurală 358
Foix-Julien-Marie (b): scleroza cerebrală centrolobulară 358
Folling (b): imbecilitatea fenil-piruvică . . . 359
Ford-Adams (s): sindromul arterei cerebeloase anterioare și inferioare 360
Ford-Wilkins (s): indiferența congenitală la durere 361
Foerster (b): amiotrofia generalizată infantilă . 364
Fournier (s): sindromul complicațiilor tardive ale encefalitei luetice și ale meningitei cerebrospinale epidemice 366
Foville (s): sindromul bilateral 366
Foville (s): sindromul pedunculului superior . 367
Foville (s): sindromul protuberanțial superior . 367
Foville (s): sindromul protuberanțial inferior . 367
Frankl-Hochwardt (s): polinevrita cerebrală menieriformă 374

Scanned with OKEN Scanner

Frey-Thomas (s): sindromul nervului auriculo-temporal 378
Friedreich (b): ataxia spinală ereditară . . 379
Froeschels (s): disfazia asociativă 382
Froin (s): sindromul blocajului spaţiului subarachnoidian 382
Fukuyama-Kawazura-Haruna (b): distrofia cerebro-musculară congenitală 391
Gamstrop (s): adinamia episodică ereditară . 395
Ganser (s): pseudodemenţa lui Ganser . . 396
Gaggarin-Jackson (b): epilepsia tip Gaggarin-Jackson 398
Garcin (s): paralizia muşchilor oculo-motori . 398
Gasparini (s): lezionarea perechilor de nervi V—VIII 401
Gastaut (b): encefalita mioclonică a primei copilării 403
Gastaud (b): epilepsia posthemiplegică . . 403
Gayet-Wernicke (s): encefalopatia alcoolică . 406
Gayet-Wernicke (b): polioencefalita superioară hemoragică 407
Gayet-Bowle-Penfield (b): endarterita calcifiantă a encefalului 407
Gelineau (b): narcolepsia esenţială . . . 408
Gellé (s): hemiplegia alternă 409
Gerstmann (s): sindromul circumvoluţiei angulare 413
Géyélin-Bowle-Penfield (s): endarterita calcifiantă cerebrală 413
Ghilearovski (s): palinergia 414
Gibbs (b): spasme infantile cu hipoaritmie . 415
Gilles de la Tourette (b): boala ticurilor . . 422
Glaser (s): nevralgia facială atipică . . . 424
Godfredsen (s): multiple paralizii ale nervilor cranieni 428
Goldflam-Erb (s): paralizia bulbară astenică . 430
Gombault-Déjérine (s): nevrita interstiţială hipertrofică 431
Gowers (s): atacurile vago-vagale . . . 440
Gower (b): spasmul săltător 440
Gowers (b): paraplegia cu ataxie 440
Gradenigo (s): sindromul vîrfului stîncii . . 440
Greenfield-Scholtz (b): leucodistrofia metacromatică infantilă 442
Greenfield-Scholtz (b): neuromiozita fără manifestări cutanate 443
Grasset (s): asociere sindrom Foville cu sindrom Millard-Gubler 444

Scanned with OKEN Scanner

Guam (s) : demența parkinsoniană 450
Guillain-De Sèze-Blondin-Walter (s) : paralizia nervului peroneu 452
Guillain (s) : ataxia tabetică acută curabilă . 453
Guillain-Alajouanine-Mathieu (s) : sindromul răspîntiei subtalamice 453
Guillain-Barré (s) : poliradiculonevrita 454
Guillain-Garcin-Pérou (s) : sindromul arterei cerebeloase superioare 454
Guillain-Stern (s) : brahialgia 455
Guillain-Thoan (s) : sindromul ataxo-parestezic 455
Gutierez-Noriego (s) : tulburări psihice din alcoolismul cronic 457
Haenel (s) : atrofia musculară progresivă . . . 463
Hallervorden-Spatz (s) : degenerarea progresivă a globului palid 467
Hammond (s) : atetoza dublă 471
Hanel (b) : nevrita interstițială hipertrofică superioară 480
Havelock-Ellis (s) : onidismul 482
Heine-Medin (b) : paralizia infantilă acută epidemică 492
Heller (b) : demența infantilă 492
Heller-Weygand (b) : demența infantilă . . 492
Hennebert (s) : nistagmus cu leziuni labirintice al copiilor cu lues 495
Henoch (b) : coreea electrică 496
Heringham (s) : atrofia musculară progresivă cu tremurături fibrilare 497
Herman (s) : atrofia progresivă musculară cu sindrom Cushing 498
Heubner-Schilder-Foix (s) : encefalita periaxială difuză 503
Hicks (b) : neuropatia radiculară senzorială ereditară 505
Hoffmann (b) : amiotrofia neurală progresivă tip peroneal 513
Holmes (b) : atrofia olivo-cerebeloasă . . . 518
Homen (s) : degenerescența hepato-lenticulară progresivă 521
Horner (s) : paralizia simpaticului cervical . 534
Horton (s) : cefaleea histaminică ; cefaleea sinucigașă 524
Hughlings-Jackson (s) : hemiplegia spallo-faringo-gloso-laringee 526
Hunt (b) : paralizia agitantă juvenilă . . . 528

Scanned with OKEN Scanner

Hunt (b): disinergia cerebeloasă mioclonică . 529
Hunt (b): disinergia cerebeloasă progresivă . 529
Huntington (b): coreea ereditară 531
Hutchinson (s): paralizia simpaticului cervical . 534
Hutchinson (s): triada lui Hutchinson . . 534
Jaccoud (s): triada Jaccoud (o complicaţie a bolii Foix) 547
Jacob (s): encefalita subcorticală cronică . . 548
Jacob (s): rigiditatea musculară senilă . . 549
Jacob-Kreutzfeld (b): degenerarea parenchimului cerebral 549
Jackson (b): epilepsia 550
Jackson (b): halucinaţiile vizuale . . . 550
Jacod (s): sindromul carefourului petro-sfenoidal 553
Jakobsohn (s): ticul patologic al nervului lui Jakobsohn 558
Janet (b): psihastenia 559
Jefferson (s): sindromul părţii posterioare a lojii cavernoase 565
Johnston (b): sindromul mişcărilor în oglindă 566
Jong De (s): paramiotonia 566
Kadinski (s): sindromul automatismului psihic 574
Kadinski-Clerambault (s): automatismul mintal 575
Kahler (b): inflamaţia poliradiculară sifilitică 576
Kaltenbach (b): encefalita periaxială difuză sclerozantă 579
Kanner (s): schizofrenia precoce 579
Kaplan-Grumbach-Vesin (s): neuroblastomul congenital 580
Kiloh-Nevin (b): miopatia oculară 592
Kissel (s): epilepsia tip Kissel 593
Kleine-Levin (s): somnolenţă, agitaţie şi foame 594
Kleist (b): parafrenia 595
Kleist (s): sindromul agăţării degetelor . . 595
Klippel (b): polinevrita etilică primitivă . . 597
Klippel (b): pseudoparalizia generală artritică 597
Klippel-Lhermite (b): pseudoparalizia generală artritică 597
Klumpke (b): paralizia plexului inferior . . 601
Klumpke-Déjérine (s): paralizia plexului brahial 601
Kluver-Bucy (s): sindromul lobectomiei bilaterale 602
Knapp (s): triada Knapp 602
Kojevnikov (b): epilepsia parţială continuă . 607
Körner (s): atrofia primară a scoarţei cerebelului 610
Korsakoff (b): psihoza alcoolică 611

Scanned with OKEN Scanner

Korsakoff (b): psihoza alcoolică cu carență de tiamină 611
Krabbe (b): leucodistrofia cu celule globoide . 613
Krabbe (s): hipoplazia musculară congenitală 614
Kraepelin (b): catatonia tardivă 615
Krasowska (s): sindromul psihodegradării alcoolice 616
Kraus-Pennachi (b): encefalita periaxială difuză 616
Krishaber (s): neuropatia cerebro-cardiacă . 616
Kubik-Adams (s): sindromul arterei bazilare . 617
Kufs (b): idioția amaurotică familială juvenilă tardivă 618
Kugelberg-Welander (s): amiotrofia spinală 619
Kulkov (b): eredoakinezia paroxistică dureroasă 619
Kundrat (s): arinencefalia 622
Kurt-Mendel (s): diabet insipid cu paralizia pateticului 623

7. TULBURĂRI ALE METABOLISMULUI

Abderhalden-Fanconi (s): perturbarea ereditară a metabolismului acizilor aminați . . . 10
Adair-Dighton (b): sindromul proteinelor albastre 317
Ahrens (b): hiperlipomicronemia primitivă . 20
Allan (s): aciduria argininosuccinică . . . 30
Andersen (b): glicogenoza tip rar IV . . 34
Arbach-Wiethe (b): hialinoza cutaneo-mucoasă 41
Asrup-Dent (s): diabetul bicarbonatat . . . 49
Baker-Winegrad (b): deficitul de fructozo-1-6-difosfatază hepatică 60
Barlow (b): scorbutul infantil; boala Möller-Barlow 69
Barraquer-Simmons (b): lipodistrofia progresivă 70
Bassen-Kornzweig (b): hipobetalipoproteinemia familială 76
Bennhold-Peters-Roth (b): analbuminemia . . 90
Bloomberg (s): rahitismul tardiv rezistent la vitamina D 117
Bogaert Van-Schreder-Epstein (b): dislipoidoza cu tulburări psihice 121
Bogaert Van-Sweerts (s): sindromul coreic . 122
Bourneville (s): scleroza tuberoasă cerebrală . 133
Bourneville-Hartdegen (s): idem 133
Bourneville-Van der Hoewe (s): idem . . . 133

Brüger-Grütz (b): hiperlipemia familiară esențială 158
Bruton (b): agamaglobulinemia congenitală . 160
Castaigne-Houdart-Buge (s): diabet și epilepsie 181
Catel-Schmidt (b): hiperuricemia congenitală cu tulburări neurologice 183
Cattan-Mamou (b): boala periodică . . . 184
Cheadle-Moeller-Barlow (b): scorbutul infantil 203
Childs (s): glicinoza 208
Collin-Polonovski-Durand (b): intoleranța ereditară la lactoză 223
Cori (b): hiperglicogenoza tisulară . . . 231
Darnaud (s): diabetul lipopletoric 259
Debove (b): diabetul aglicemic 264
Degos (b): amiloidoza generalizată . . . 269
Dent (b): diabet fosfatic cronic solitar cu glicinurie 278
Durand (s): intoleranța la dizaharide . . . 305
Durand-Jeune (b): lactozuria sugarului . . 307
Eddowes (b): sindromul proteinelor albastre . 317
Eijkman (s): sindromul Beri-Beri experimental 318
Fabry (b): tezaurismoza diaminofosfatidică . 331
Fanconi (b): fibrinastenia Fanconi . . . 336
Fanconi-Schlesinger (s): hipercalcemia idiopatică cronică 339
Farber (b): lipogranulomatoza 341
Farber-Cohen-Uzman (b): lipogranulomatoza . 342
Folling (b): idioția fenil-piruvică 359
Forbes (b): glicogenoza tip Cori 3 . . . 361
Franklin (b): maladia lanțurilor grele gamma 375
Fredrickson (s): hiperlipoproteinemia tip II . 376
Fredrickson (s): lipoprotidemia indusă de carbohidrați 377
Fredrickson (s): hiperlipemia idiopatică esențială 377
Froesch-Prader (s): intoleranța la fructoză . 382
Garrod (b): alcaptonuria 401
Gaucher (b): tezaurismoza cu sfingomielină a sistemului reticulo-endotelial 404
Gennes De-Delarue-Véricourt (b): hemocromatoza cu sindrom endocrino-hepato-miocardic . 410
Ghadimi (s): histidinemia 413
Gierke Von (b): glicogenoza hepato-renală . 416
Giedion-Scheidegger (b): disgammaglobulinemia 19 S 420
Gitzelmann (b): deficitul ereditar de galactokinază 422
Glisson (b): rahitismul 426

Gonatas-Susuki (b) : gangliosidoza cu G.M. 1 . 431
Greenwald (b) : pentozuria esenţială . . . 443
Grütz-Bürger (b) : hiperlipemia idiopatică sau esenţială 450
Günther (b) : porfirinuria congenitală fotosensibilă 458
Gutmann (b) : amiloidoza cutanată localizată . 458
Gutmann-Freudenthal (b) : amiloidoza cutanată 458
Habib (b) : xantomul solitar al osului . . . 462
Haff (b) : mioglobinuria din Haff 463
Hand-Schüller-Christian (b) : lipogranulomatoza 472
Harris (s) : cistationuria 478
Hartnup (b) : hiperaminoaciduria . . . 479
Hers (b) : glicogenoza hepatică 501
Himsworth (b) : diabetul zaharat gras . . 507
Hippel (b) : angiomatoza retiniană . . . 507
Hirschfeld (b) : diabetul zaharat 508
Hoffa (b) : lipomatoza pararotuliană . . . 512
Holzel (s) : intoleranţa faţă de dizaharide . . 519
Huckabee (s) : hiperlactacidemia 527
Huguley (s) : oroticaciduria 527
Hunter (s) : mucopolizaharidoza ; gargoilismul 531
Hurler (s) : gargoilismul 532
Janway-Mosenthal (s) : boala periodică . . 562
Kerl-Urbach (b) : colesteroza extracelulară . . 591
Kugel (b) : cardiomegalia prin tezaurismoză lipidică 618
Kugel-Stoloff (b) : cardiomegalia prin tezaurismoză lipidică 619

8. LIMFOPATII

Brill-Baehr-Rosenthal (b) : limfomul giganto-folicular 142
Brill-Symmers (b) : limfomul giganto-folicular . 142
Churg-Strauss (b) : granulomatoza alergică . 210
Duhamel (b) : mielofibroza limfoidă . . . 301
Hodgkin (b) : limfogranulomatoza malignă ; boala Sternberg-Paltauf 510
Hodgkin (b) : paragranulomul Hodgkin . . 512
Hurwitt (b) : limfadenita dermatopatică . . 534
Kauffmann-Wolf (b) : limfocitomul . . . 587
Knapp-Masshoff (b) : limfadenita mezenterică acută 602
Kundrat (b) : limfosarcomul pluricentric . . 620

Scanned with OKEN Scanner

Achard-Thiers (s): hiperostoza frontală internă 16
Adair-Dighton (s): sindromul proteinelor albastre 16
Albers-Schoenberg (b): osteopetroza familială; osteita condensantă 22
Albert (s): tenosita achiliană 22
Albright (b): displazia fibroasă polichistică . 25
Albright-McCune-Sternberg (s): osteita fibroasă chistică 25
Apitz (b): osteoscleroza tubulară 40
Baastrup (b): osteocondroza interspinală . . 55
Bamberger-Marie (b): osteo-artropatia pneumică; boala Pierre-Marie 63
Barkwin-Golden-Fox (b): osteodistrofia genotipică 69
Bechterew (b): spondilartrita anchilozantă; spondilita rhizomelică 84
Bechterew (b): cifoza traumatică ereditară . 84
Beck-Kashin (b): distrofia osteo-articulară chimică 86
Bergstrand (s): boala distructivă a osului . . 93
Bertolotti (s): sacralizarea totală sau parțială a vertebrelor lombare 98
Bessel-Hagen (b): boala exostozantă 103
Blegvad-Haxthausen (s): formă clinică de boala lui Lobstein 115
Bouchard (b): nodulii lui Bouchard 130
Bouillaud (b): reumatismul poliarticular acut 132
Bouillaud-Sokolski (b): reumatismul poliarticular acut 132
Buchem Van (b): hiperostoza corticală generalizată 160
Caffey (b): osteoza condensantă de bismut . . 169
Caffey-Silvermann (b): poliosteopatia deformantă congenitală regresivă 170
Calvé (b): necrobioza aseptică a corpului vertebral 171
Calvé-Legg-Perthes (b): osteocondroza deformantă coxală juvenilă 171
Camp-Ochsner (b): resorbția subperiostală a oaselor 173
Camurati-Engelmann (s): displazia diafizară progresivă 173
Caplan (s): fibroze pulmonare cu poliartrită cronică evolutivă 175
Caplan-Colinet (s): idem 175

Charcot (b) : poliartrita cronică evolutivă . . 192
Charcot (b) : artropatia tabetică ; artropatia neurogenă 194
Chauffard-Still (b) : reumatism cronic fibros deformant progresiv 201
Clement (s) : distrofia osteocondrală poliepifizară 215
Clutton (s) : hidrartroza genunchiului sau a cotului 217
Cole-Rauschkole-Toomey (s) : displazia ecto-mezodermică cu afectare osoasă 221
Conradi (b) : condrodistrofia congenitală calcifiantă 226
Conradi-Hünermann (b) : maladia epifizelor punctate 226
Conradi-Raap (s) : sindromul brutarilor . . 227
Costens-Hunnebert-Dechaume (s) : artralgia temporo-maxilară 235
Crouzon (s) : disostoza cranio-facială . . . 245
Debove (b) : osteoporoza senilă 263
Debray-Milkman (s) : osteopatia dureroasă cu pseudofracturi 265
Diaz (b) : osteocondrita osului calcaneu . . 283
Digton (b) : osteopsatiroza cu surditate . . . 284
Dreyfus (s) : platispondilia generalizată . . 295
Dudley-Morton (b) : lungirea celui de al II-lea metatarsian 300
Duplay (b) : periartrita scapulo-humerală subacromială calcifiantă 302
Durante (b) : displazia periostului cu fragilitate osoasă 307
Ellis-Van Creveld (s) : displazia condro-ectodermică 316
Engelmann (b) : periostita hiperplastică . . 319
Felty (s) : poliartrita reumatoidă cu hipersplenism 344
Ferraton (b) : coapsa cu resort 347
Fiessinger-Leroy-Reiter (s) : sindromul oculo-uretro-sinovial 348
Flemming-Moeller (b) : osteopetroza fluorată . 353
Forestier (s) : panartrita incapsulată progresivă 362
Forestier-Certonciny (s) : pseudoartrita rhizomelică 363
Fouquet (s) : hidropsul intermitent al articulaţiilor 365
Frangenheim (b) : hiperostoza simetrică familială a maxilarelor 373

Scanned with OKEN Scanner

Freiberg-Köhler (b): osteonecroza capului celui de al 2-lea metatarsian 374
Freiberg (b): epifizita capului metatarsianului al 2-lea sau al 3-lea 377
Friedrich (s): osteocondrita claviculară . . 380
Fromme (b): decalcifierea epifizei tibiale superioare 384
Galland (b): osteocondroza disecantă . . . 394
Gänsslen (b): anemia splenică hemolitică cu distrofii osoase 400
Gorham (b): osteoliza masivă 432
Gorham-Stoor (b): osteoliza regională . . . 433
Gram (s): sindromul adiposo-artro-climacteric 441
Grisel (b): torticolis de origine infecțioasă naso-faringiană 446
Guérin-Stern (s): sindromul artro-miodisplazic congenital 451
Haas (b): epifizita lui Haas 462
Habib (b): xantomul solitar al osului . . . 462
Haglund (b): osteocondrita calcaneană . . . 464
Haguenau-Barsony-Polgar (b): osteoza iliacă condensantă 465
Hand-Schüller-Christian (b): granulomul lipoidic al oaselor 472
Hass (b): osteocondrita capului humeral . . 480
Hench-Rosenberg (s): reumatismul palindromic 494
Henderson-Jones (b): osteocondromatoza articulară 494
Heuck-Assmann (s): mieloza osteosclerozantă . 504
Hoffa (b): lipomul arborescent al sinovialei genunchiului 512
Hoewe (b): osteopsatiroza 516
Hünermann (s): condrodistrofia congenitală calcifiantă 528
Hurler-Ellis (s): displazia condroectodermică . 533
Hurler-Pfaundler (s): polidistrofia; disostosis multiplex 533
Iselin (b): osteocondrita bazei primului metatarsian 543
Jaffé-Lichtenstein (s): osteofibromatoza . . 557
Jacksch-Warthenhorst (b): policondrita atrofiantă cronică 558
Janik-Billroth (b): condromul tecilor tendinoase 561
Jochanson-Seding-Larsen (b): osteocondrita patelară 566
Jorge-Lobo (b): forma cheloidiană de blastomicoză și artralgii 567
Joseph (b): displazia cranio-diafizară progresivă 567

Scanned with OKEN Scanner

Jones (b) : osteocondromatoza 570
Jüngling (b) : osteita tuberculoasă chistică multiplă 571
Kahlmetter (b) : reumatismul alergic cu rash cutanat 577
Kashin-Beck (b) : distrofia osteoarticulară . . 585
Kast (s) : discondroplazia cu hemangioame . . 586
Kienboeck (b) : osteonecroza aseptică a semilunarului 591
Klein-Bamatter-Franceschetti (s) : gerodermia osteodisplazică 593
Klippel-Feldstein (s) : hipertrofia simplă familială 598
Köhler I (b) : necroza aseptică a osului navicular 608
Köhler II (b) : epifizita metatarsului . . . 608
Köhler-Stieda (b) : exostoza traumatică a condilului intern al femurului 609
Koenig (b) : osteocondrita disecantă a adultului tînăr 609
Koszewski (s) : osteoscleroza ereditară . . 613
Kümmel-Verneuil (s) : spondilita traumatică . 620

10. COLAGENOZELE

Abrami-Parlier (s) : forma rhizomelică a poliartritei cronice evolutive 13
Brinkmann (s) : tetralogia Brinkmann din periarterita nodoasă 144
Churg-Strauss (b) : granulomatoza alergică . . 210
Dioco-Purtado-Alvim (s) : polimiozita cu formă pseudomiopatică 286
Duverne-Coudert-Colomb (s) : colagenoza eruptivă 308
Günther (b) : polimiozita hemoglobinurică . . 457
Harkaway (s) : forma pulmonară a periarteritei nodoase 477
Heerfordt (b) : febra uveo-paratiroidiană . . 490
Holzknecht-Jackobson (s) : periarterita nodoasă 520
Horton (b) : arterita temporală ; arterita granulomatoasă 523
Hurler (s) : gargoilismul 532
Hurler-Pfaundler (s) : lipocondrodistrofia . . 533
Hutchinson-Boeck : sarcoidoza 534
Kaposi-Libman-Sachs (s) : endocardita abacteriană 583
Klemperer-Pollack-Baehr (b) : boala colagenului în general 596
Küssmaul-Maier (b) : periarterita nodoasă . . 625

Scanned with OKEN Scanner

Akureyri (b) : encefalita mialgică benignă ; boala de Islanda 21
Alep (b) : leishmanioza cutanată 27
Alep (b) : pustula de Alep ; leishmanioza tropicală 28
Alibert (b) : leishmanioza tropicală ; abcesul oriental 29
Amboine (b) : pianul hemoragic ; boala lui Carrion 32
Arbo (b) : boala prin virusul ARBO ; febra de Omsk 42
Ardmore (b) : mononucleoza infecțioasă cu hepatită fără icter 42
Assam (b) : leishmanioza viscerală 49
Aujeszky (b) : pseudorabia ; paralizia bulbară infecțioasă 50
Bagdad (b) : leishmanioza cutanată 27
Bamb (b) : pleurodinia epidemică ; mialgia epidemică 63
Bang (b) : bruceloza ; febra ondulantă ; febra de Malta 64
Besnier-Boeck-Schaumann (b) : sarcoidoza ; granulomatoza benignă 99
Beuermann-Gougerot (b) : sporotricoza . . **104**
Biskra (b) : leishmanioza muco-cutanată . . 113
Bornholm (b) : pleurodinia epidemică ; boala Bamb 63
Bouchets (b) : boala tinerilor porcari ; meningita porcarilor **131**
Brill (b) : formă sporadică de tifos exantematic 141
Brill-Zinser (b) : tifosul recrudescent . . . 141
Brown-Symmers (b) : encefalita seroasă acută . 156
Bruce (b) : bruceloza caprină ; melitococcemia . 156
Busse-Buschke (b) : criptococoza ; toruloza . . 166
Carducci (b) : ixodorickettsioza marsiliană sau papuloasă 176
Carl Smith (b) : limfocitoza infecțioasă acută 176
Carré (b) : jigodia ; boala cîinilor tineri . . 178
Corrion (b) : bartoneloza 178
Castellani (b) : spirochetoza bronho-pulmonară 182
Cazal (b) : reticulita monocitemică 186
Chabert (b) : infecția carbonoasă 189
Chagas (b) : tripanosomiaza americană . . . 189
Chagas (b) : Tularemia ; boala de iepure . . 199
Chary (b) : idem 371
Chiffonier (b) : antraxul 207

Colles (b): septicemia cu pustule 221
Colorado (b): febra de Colorado 223
Connor-Bruch (b): ixodorickettsioza papuloasă 226
Costa-Troisier (s): spirochetoza meningeală . 234
Coxsackie (b): boli infecţioase produse de virusurile Coxsackie 237
Cruchet (b): encefalita epidemică 245
Cruchet-von Economo (b): encefalita letargică . 245
Cruchet-Verger (s): forma joasă sau periferică a nevraxitei epidemice 245
Daae (b): pleurodinia epidemică 251
Daae-Finsen (b): pleurodinia epidemică . . 251
Dangenan (b): pleurodinia epidemică . . . 253
Darling (b): histoplasmoza 258
Debré (b): boala ghearelor de pisică; limforeticuloza benignă 265
Debré-Marie (s): sindromul neuro-edematos epidemic 267
Dengue (b): febra roşie 277
Derrick-Burnett (b): pneumorickettsioza . . 278
Döring (b): panencefalita 291
Dukes-Filatov (b): rubeola scarlatinoasă . . 300
Durand (b): meningita limfocitară . . . 306
Dutton (b): tripanosomiaza africană . . . 308
Economo von (b): encefalita epidemică . . 312
Epstein-Barr (b): mononucleoza infecţioasă cu virus Epstein-Barr 321
Espundia (b): leishmanioza muco-cutanată . . 326
Fiedler (b): leptospiroza ictero-hemoragică . . 351
Filatov (b): mononucleoza infecţioasă . . . 351
Filatov-Dukes (b): febra eruptivă rubeoliformă 351
Finsen-Daae (b): miozita epidemică . . . 351
Framboesia (b): pian; framboesia . . . 368
Francis (b): pesta minoră; tularemia . . . 370
Friedmann (s): meningoencefalita subacută posttraumatică 379
Frugoni (b): eozinofilia infecţioasă . . . 385
Gaucher (b): pseudotuberculoza aspergilară . 404
Gerlier (b): vertijul paralizant 412
Gilbert (s): colibaciloza 417
Gilchrist (b): blastomicoza nord-americană . . 420
Hakuri (b): pseudoholera infantilă . . . 465
Hanger (b): limforeticuloza benignă de inoculare 473
Hansen (b): lepra 476
Haverhill (b): eritemul artritic epidemic . . 482
Hedblom (s): diafragmita 489
Henoch (b): angina gangrenoasă a scarlatinei 496
Hildebrand (b): tifosul exantematic . . . 506

Scanned with OKEN Scanner

His-Werner (b) : febra de tranşee 509
Hone (b) : rickettsioza endemică murină . . 521
Hornibrook-Nelson (s) : forma pulmonară a febrei Q 522
Hutinel-Troisier (s) : forma clinică, malignă a scarlatinei 540
Janin (b) : tetanosul feţei 560
Juliusberg (s) : pustuloza vacciniformă acută . 570
Kala-Azar (b) : leishmanioza viscerală . . . 578
Kandahar (b) : ulcerul Kandahar ; leishmanioza tropicală 29
Kedani (b) : febra fluvială de Japonia . . . 587
Kenya (b) : febra sudafricană prin căpuşe . . 589
Klemm (b) : tetanosul 597
Kubisaguri (b) : vertijul paralitic 412
Kuru (b) : encefalita virală 622
Kysamur-Forest Disease (b) : febra de Omsk . 627

12. BOLI ŞI SINDROAME PARAZITARE

Bancroft (b) : filarioza 64
Camerun (b) : filaria Loa-Loa 172
Crocker (b) : larva migratoare 243
Dévé (b) : hidaticoza secundară 280
Friess-Pierron (b) : filarioza 380
Griesinger (b) : anchilostomiaza 445
Kalabar (b) : filarioza Boa-Boa 579
Kaposi (b) : dermamioza migratoare de tăun . 582
Katayama (b) : bilharzioza arterio-venoasă . . 586

13. ENDOCRINOLOGIE

Achard-Thiers (s) : sindromul adreno-genital de menopauză 16
Addison (b) : hipocorticismul cronic ; boala bronzată 18
Ahumado-Argenz-Del Castillo (s) : sindromul amenoree-galactoree 21
Albright (s) : pseudohipoparatiroidia . . . 23
Albright (s) : sindromul osteo-cutaneo-endocrinian 25
Alsberg (b) : osteita fibrochistică generalizată (b. Recklinghausen) 31
Apert-Cushing (s) : disfuncţia primitivă a suprarenalelor şi hipofizei 38
Apert-Gallais (s) : sindromul genito-suprarenal 38

Scanned with OKEN Scanner

Apert-Crooke (s) : sindromul genito-suprarenal ; marele virilism 38
Argonz-Castillo (s) : amenoree, galactoree şi hiposecreţie de FSH 43
Babinski-Fröhlich (s) : distrofia adiposo-genitală 56
Balze (s) : endocrinopatia hipogonadică hipogonadotrofinurică 62
Bardet-Laurence-Biedl-Biemond (s) : hipogonadism, sindactilie, etc. 67
Basedow (b) : hipertiroidism ; tireotoxicoza ; guşa exoftalmică 74
Basedow (b) : mixedemul tuberos pretibial . . 75
Bartter (s) : hiperaldosteronismul secundar . . 76
Beckwith-Wiedemann (s) : sindromul OMG (omfalocel, macroglosie, gigant) 86
Ber (s) : sindromul genunchilor şi coatelor murdare 91
Berardinelli (s) : gigantismul disproporţionat . 91
Bickel (s) : hipopituitarismul anterior şi tulburări neuro-psihice 107
Biedl (s) : obezitate, hipogonadism, etc. şi nefropatie congenitală 109
Bonnevie-Ullrich (s) : disgenezia gonadică . . 125
Brugsch (b) : acromicurie sau distrofia osteogenitală 158
Castillo (s) : hipogonadism hipergonadotrofinuric 183
Castillo-Trabucco-Balze (s) : aplazia germinală 183
Chaptal-Jean-Campo-Carli (s) : hipotiroidia hipotalamo-hipofizară 190
Claude-Gougerot (s) : sindromul suprareno-tirogenital 214
Collet-Bonnet (s) : sindromul paratiroidian . 222
Conn (s) : aldosteronismul primar 226
Conn-Louis (s) : aldosteronismul primar . . 226
Cook-Apert-Gallaise (s) : sindromul adreno-genital 227
Corvisart (b) : tetania sau boala lui Lucien . 232
Crooke-Apert-Gallaise (s) : hipercorticismul . 244
Curtius (s) : disfuncţia pluriglandulară dureroasă 247
Cushing (b) : bazofilia hipofizară ; adenomul bazofil 249
Debré-Fibiger (s) : insuficienţa adrenogenitală cu tulburări electrolitice 266
Debré-Semelaigne (s) : miopatia hipotiroidiană 266
Debré-Marie (s) : insuficienţa hipofizei anterioare 267

Scanned with OKEN Scanner

Dercum (b) : endocrinopatia poliglandulară . . 278
Devergie (b) : pitiriazis roşu pilar endocrinopatic 280
Dieterlé (s) : mixedemul congenital . . . 284
Dreyfus (s) : sindromul hiperfoliculinic premenstrual 295
Falta (s) : sindromul de îmbătrînire precoce pluriglandulară 334
Flajani (b) : guşa exoftalmică 353
Forbes-Albright (s) : sindromul amenoree-galactoree 362
Fothergill (b) : nevralgia de trigemen şi endocrinopatie 365
Fröhlich (s) : sindromul adiposo-genital benign 381
Fröhlich (s) : sindromul deficienţei muşchilor abdominali 381
Frommel (s) : amenoreea şi lactaţia persistentă postpartum 384
Gallais (s) : sindromul genito-suprarenal . . 393
Gandy (b) : infantilismul tardiv postpubertar . 395
Gilbert-Dreyfus (s) : hipogonadismul primar . 418
Gilford (s) : infantilismul gerodistrofic . . . 421
Gley-Vassali (s) : hipoparatiroidia cu tetanie . 425
Glinski-Simmonds-Sheeham (s) : panhipofizia adultului 426
Glushien (s) : hipertensiune, feocromocitom suprarenalian şi neurofibromatoză 427
Godfried-Prick-Carol-Prakken (s) : neurofibromatoză şi malformaţii cardiovasculare variabile . 427
Goldberg-Maxwell (s) : pseudohermafroditismul masculin 429
Gram (s) : sindromul adiposo-artro-climacteric 441
Graves (b) : tireotoxicoza 442
Guervain (b) : tiroidita lui Guervain 451
Gull (b) : hipotiroidismul 456
Guthrie-Emery (s) : tumoarea cortico-suprarenală 456
Hashimoto (b) : strumita limfomatoasă . . . 479
Hertoghe (s) : hipotiroidia cronică benignă . . 502
Hutchinson-Gilford (s) : nanismul senil . . . 537
Itenko-Cushing (s) : hiperfuncţia corticosuprarenală 543
Junet (s) : acromegalia femeii în vîrstă . . . 570
Kilian (s) : caşexia pubertară tardivă . . . 592
Kleinefelter (s) : eunucoismul hipergonadotrofic 594
Kleinefelter-Reifenstein-Albright (s) : eunucoismul hipergonadotrofic 594
Klotz (s) : sindromul ovarelor afuncţionale . . 601
Krabbe (s) : pinealomul lui Krabbe . . . 615

Astley-Cooper (s) : nevralgia testiculară din hernia crurală 50
Babinski-Süideck-Leriche (b) : atrofia acută a oaselor 58
Baker (b) : chistul lui Baker 59
Baker (b) : hernia poplitee 60
Bannett (b) : fractura boxerilor 65
Barton (b) : fractura tip Barton 74
Basedow (b) (s) : mixedemul tuberos pretibial 75
Blount (b) : necroza aseptică a condilului tibial medial 117
Bochdalek (s) : hernia diafragmatică tip Bochdalek 117
Borton (b) : fractura radiusului în articulația pumnului 128
Bourgogne (b) : fractura apofizelor spinoase vertebrale 133
Brodie (b) : osteomielita localizată 153
Chilaiditi (s) : interpoziția hepato-diafragmatică 207
Clement (s) : distrofia osteocondrală poliepifizară 215
Cloquet (b) : hernia lui Cloquet 216
Colles (b) : fractura radiusului tipică sau clasică 221
Cooper-Astley (b) : hernia în bisac 229
Cruveilhier-Péan (s) : mucoperitoneul 247
Dénucé (b) : inflamația posttraumatică a tendonului lui Achille 278
Dessault (b) : fractura trimaleolară 279
Deutschlander (b) : fractura de efort 279
Dévé (b) : hidaticoza secundară 280
Destot (b) : fractura intraarticulară 280
Diaz (b) : osteocondrita osului calcaneu . . **283**
Duplay-Madelung (b) : subluxația pumnului . 303
Dupuytren (b) : flegmonul Dupuytren 305
Dupuytren (b) : retracția aponevrozei palmare . 304
Dupuytren (b) : fractura bimaleolară a gleznei 305
Duverney (b) : fractura transversală a osului iliac 309
Ferraton (b) : coapsa cu resort 347
Freiberg-Kohler (b) : osteonecroza capului celui de al 2-lea metatarsian 374
Friedrich (s) : osteocondrita claviculară . . 380
Galeazzi (b) : fractura osului radial deasupra gîtului mîinii 393

Galen (b): luxaţia acromio-claviculară . . 393
Galland (b): osteocondroza disecantă . . . 394
Garré (b): osteomielita sclerozantă nesupurată 399
Gerard-Marchant (b): fractura bistiloidiană a antebraţului 411
Gourdon (s): torticolis posttraumatic . . . 439
Goyrand (b): fractura în burtă de furculiţă . 439
Guérin-Stern (s): anchiloza congenitală a articulaţiilor 451
Guérin (b): fractura orizontală a maxilarului superior 451
Guyon (b): carcinoza prostato-pelvină . . . 459
Haas (b): epifizita lui Haas 462
Habib (b): xantomul solitar al osului . . . 462
Haglund (b): apofizita calcaneului . . . 464
Haguenau-Barsony-Polgar (b): osteoza iliacă condensantă 465
Halsted (s): sindromul braţului mare . . . 470
Hass (b): osteocondrita capului humeral . . 480
Hesselbach (b): hernia femurală externă . . 502
Heydenreich (b): fractura transversală a tibiei 505
Hierton-Lindberg (s): obliterarea arterei poplitee 505
Hoffa (b): lipomatoza dureroasă pararotuliană . 512
Huguier (b): fibromatoza uterină 526
Iselin (b): osteocondrita bazei primului metatarsian 543
Janik-Billroth (b): condromul tecilor tendinoase 561
Jochanson-Seding-Larsen (b): osteocondrita patelară 566
Jüngling (b): osteita tuberculoasă chistică multiplă 571
Knapp-Masshoff (b): limfadenita mezenterică acută 602
Kocher (b): fractura diacondiliană . . . 606
Kocher (b): fractura trochanteriană transversală 606
Koenig (s): ocluzia intestinală 607
Köhler I (b): necroza aseptică a osului navicular 608
Köhler II (b): epifizita metatarsului . . . 608
Köhler-Stieda (b): exostoza traumatică a condilului intern femural 609
Koenig (b): osteocondrita disecantă a adultului tînăr 609

Achard-Ramon (s): potomania infantilă . . 15
Baty-Vogt (s): osteoporoza juxtaepifizară . . 79
Baumgarten-Cruveilhier (b): hipoplazia sistemului port şi persistenţa venei ombilicale . . 80
Bednar (b): ulcerele pterigoide 87
Bielschowsky-Iansky (b): idioţia amaurotică familială infantilă 108
Biemond (b): miopatia distală juvenilă ereditară 108
Bland-White-Garland (s): malformaţie congenitală în care artera coronară stîngă are originea în artera pulmonară 114
Bonnevie-Ullrich (s): disgenezia gonadică . . 125
Botal (b): persistenţa canalului arterial . . 129
Bouchut (b): sclerodermia noului născut . . 131
Brandt (s): acrodermatita enteropatică . . . 137
Brennemann (s): limfangita mezenterică acută . 140
Brushfield (s): petele lui Brushfield din boala Langdon-Down 159
Buhl (b): degenerescenţa grăsoasă acută a nounăscuţilor 161
Caffey (b): hiperostoza corticală infantilă . . 169
Caffey-Silvermann (b): hiperosteogeneza periosteocondrală feto-infantilă 170
Cardarelli (s): fibromul sublingual al sugarului 175
Cardarelli (b): subglosita difteroidă . . . 175
Ceelen-Gellerstedt (s): hemosideroza pulmonară idiopatică 187
Charlie (s): sindromul malformativ oro-faciodigital 199
Chomel (b): acrodinia infantilă 211
Collin-Polonovski-Durand (s): intoleranţa ereditară la lactoză 223
Concato (b): poliserozita 225
Cossio (s): comunicare interatrială şi dilatarea arterei pulmonare 234
Crouzon (s): acrocefalosindactilia 245
Crouzon (s): disostoza craniofacială . . . 245
Crust-Siemens (s): anhidroza hipotrihotică prenatală 247
Danbolt-Closs (s): acrodermatita buloasă enteropatică 252
Dandy-Walker (s): hidrocefalia prenatală . . 253
Darling (b): micoza tropicală gravă a copilului 258

Scanned with OKEN Scanner

Debré-Semelaigne-Gilbrin (s): hipertrofia musculară congenitală cu întîrziere mintală şi hipotermie persistentă 268
Dent (b): diabetul fosfatic cronic solitar cu glicinurie 278
De Toni-Fanconi-Debré (s): tulburări multiple funcţionale tubulare 283
Digton (b): osteopsatiroza cu surditate . . 284
Down (s): idioţia mongoloidă 292
Dubini (b): coreea electrică 296
Duchenne (b): paralizia pseudohipertrofică a copilăriei 298
Durand-Jeune (b): lactozuria sugarului . . 307
Eikiri (b): pseudoholera infantilă 316
Ellis-Van Creveld (s): displazia condro-ectodermică 316
Erb (b): miopatia formă juvenilă 323
Evans (b): cardiomegalia Evans 328
Fallot (b): tetralogia lui Fallot; cardiopatia congenitală cu cianoză 332
Fallot (b): pentalogia lui Fallot 334
Fallot (b): trilogia lui Fallot 333
Fanconi (b): anemia pseudopernicioasă . . 337
Fanconi (s): nefronoftizia 337
Fanconi (s): insuficienţa totală a tubului proximal 338
Fanconi-Ferrazini (s): analgia lui Fanconi-Ferrazini 339
Fanconi-Patrassi (s): anemia hemolitică congenitală tip 339
Fanconi-Toni-Debré (s): rahitismul din insuficienţa tubului proximal 340
Fazio-Londe (s): paralizia bulbară progresivă infantilă 342
Fede (b): fibromul sublingual al sugarului . 343
Feer (b): acrodinia 343
Fevre (s): sindromul oro-facio-digital complex 350
Fitzgerald-Gardner (s): osteomatoza cranio-facială 352
Folling (b): idioţia fenil-piruvică 359
Francois (s): dismorfia mandibulo-facială . . 372
Froehlich (s): sindromul deficienţei muşchilor abdominali 381
Gandy (b): infantilismul tardiv postpubertar . 395
Gasser-Karrer (s): anemia hemolitică a prematurilor 402
Gastaut (b): encefalita mioclonică a primei copilării 403

Scanned with OKEN Scanner

Gee (b): infantilismul intestinal 408
Gee-Thayren (b): infantilismul intestinal . . 408
Gerbasi (s): anemia perniozifórmă a sugarului 411
Giacomini (s): microcefalia adevărată . . . 414
Gianotti-Crosti (s): acrodermatita eritemato-papuloasă infantilă 414
Gibbs (b): spasme infantile cu hypsaritmie . 415
Gilbert-Meulengracht (s): icterul intermitent infantil 419
Gilford (s): infantilismul gerodistrofic . . 421
Glisson (b): rahitismul 426
Greenfield-Scholz (b): leucodistrofia metacromatică infantilă tardivă 442
Gregg (s): sindromul malformativ Gregg . . 444
Greig (s): hipertelorismul 445
Groenblad-Strandberg (s): pseudoxantomul elastic cu striuri angioide 446
Gruber (s): disencefalia splahnochistică . . 448
Guérin-Stern (s): anchiloza congenitală a articulațiilor 451
Hakuri (b): pseudoholera infantilă . . . 465
Halbrecht (b): icterul noului născut . . . 466
Hallermann-Streiff-François (s): microftalmie cu cataractă și agenezie a maxilarului inferior . 466
Hanhart (s): sindromul malformativ complex . 473
Hartnup (b): hiperaminoaciduria 479
Hayem-Von Jacksch-Luzet (b): anemia infantilă pseudoleucemică 484
Hébra (s): pruritul cu papule al copilăriei . 486
Hegglin (b): tulburarea polifilă de maturație . 490
Heine-Medin (b): paralizia acută infantilă epidemică 492
Heller (b): demența infantilă 492
Heller-Weygand (b): demența infantilă . . 492
Hennebert (s): nistagmus cu leziuni labirintice la eredo-sifilitici 495
Henoch (b): coreea electrică 496
Herrick (b): anemia cu drepanocite . . . 500
Herrmann (s): nefrită ereditară, surditate progresivă congenitală 500
Herter (b): boala celiacă; infantilismul intestinal 501
Heubner (b): pedonefrita Heubner . . . 503
Heubner-Herter (b): steatoreea idiopatică . . 503
Hirschsprung (b): megacolonul congenital aganglionar 509
Hittmair (b): leucoza mielo-monocitară acută . 510

Scanned with OKEN Scanner

Hodgkin (b): limfogranulomatoza malignă . 510
Hofstätter-Culen-Helendahl (s): ombilicul albastru 517
Holter-Wiedemans (s): capul în formă de treflă 518
Holt-Oram (s): cardiopatia cu malformaţii scheletice 518
Hutchinson-Gilford (s): progeria copilului . . 537
Jahnke (s): angiomatoza encefalotrigeminală cranio-facială 557
Jonxis (s): tubulopatia parţială 567
Joseph (b): displazia craniodiafizară progresivă 567
Josephs-Blackfan-Diamond (s): anemia hipoplastică a sugarului 567
Juberg-Hayward (s): sindrom malformativ complex 569
Jvemark (s): polidistrofia lui Jvemark . . 573
Kanner (s): autismul infantil precoce . . 579
Kartagener (s): triada Kartagener . . . 583
Kilian (s): caşexia pubertară tardivă . . . 592
Kissel (s): epilepsia 593
Klein-Bamatter-Franceschetti: gerodermia osteodisplazică 593
Kleinefelter (s): eunucoismul hipergonadotrofic 594
Klippel-Feldstein (s): hipertrofia simplă familială 598
Kinnear-Wilson (b): hepatita juvenilă familială 599
Krabbe (b): scleroza cerebrală infantilă acută 615
Kwashiorkor (s): sindromul pluricarenţial al copilului 626

16. DERMATOLOGIA

Afzeli-Lipschutz (s): eritemul cronic migrator 20
Alibert (b): tinea amiantacea; falsa tinea amiantacea 29
Alibert (b): cheloidul cicatricial 29
Alibert-Bazin (b): granulomul fungoid; micozisul fungoid 30
Anders (b): adiposis tuberosis simplex . . 33
Andersen-Novy (s): defectul congenital al pielii capului 34
Andrews (b): pustuloza palmară şi plantară . 36
Arning (b): epitelioamele superficiale multiple 45
Arning-Lewandowski (s): dermatofibromul lenticular 46
Asbo-Hansen (s): dermatita keratogenă cu eosinofilie la fetiţe 47

Scanned with OKEN Scanner

Ayres (b): cheilita actino-alergică . . . 53
Baader (b): ectodermoza pluriorificială; dermato-stomatita 54
Baeltz (s): cheilita glandulară supurativă superficială 58
Baker-Miur (s): pseudoatrofodermul gîtului . 60
Balzer (b): xantomul elastic; elastoza distrofică 63
Balzer-Ménétrier (b): adenomul grăsos alb . 63
Bannister (b): edemul cutanat circumscris . 66
Baefverstedt (b): limfadenoza tegumentară benignă 68
Barthelemy (b): tuberculidele papulo-nodulare 73
Bateman (s): forma eritemato-veziculară sau hydroa-veziculară Bazin 77
Bataille (b): paradentoza 77
Bazin (b): forma eritemato-veziculară a eritemului polimorf 81
Bazin (b): foliculita keloidiană a cefei . . 81
Bazin (b): eritemul indurat al scrofuloşilor . 81
Bazin (s): calazodermia; tegumentele laxe . 82
Bazin (b): hidroa vacciniformă 82
Becker-Reuter (s): sindromul pigmentar Becker-Reuter 86
Behçet (s): sindromul oculo-buco-genital . . 87
Behr (s): formă clinică de eritem proeminent durabil Crocker-Williams 88
Ber (s): sindromul genunchilor şi coatelor murdare 91
Bergeron (s): limba geografică; glosita exfoliativă marginată 92
Berloque (b): dermatita pigmentară de contact cu uleiuri de bergamote 94
Besnier (b): neurodermita circumscrisă; prurigo Besnier 99
Besnier-Boeck-Schaumann (b): sarcoidoza; granulomatoza benignă 99
Besnier (s): chistadenomul benign; hidroadenomul Jacquet-Darier 100
Besnier (b): purpura reumatoidă; pelioza reumatismală Schoenlein 100
Besnier (b): acneea pilară cicatricială depilantă 101
Besnier (b): sarcoid după degerături; lupus pernio; sarcoides pernio 101
Besnier (b): chistadenomul epitelial benign . 102
Besnier (b): prurigo diatezic de formă eczemato-licheniană 102

Scanned with OKEN Scanner

Besnier-Renault (b) : urticaria gangrenoasă ; dermatita simetrică 102
Besnier-Tenneson (b) : sarcoidoza 103
Bloch-Sulzberger (s) : melanoblastoza lineară . 115
Bloch-Carol-Bour (s) : melanoblastoza lineară . 115
Bloch (s) : melanoblastoza lineară 115
Bloom (b) : dermatoza fotosensibilă cu anomalii 116
Bockhart (b) : impetigo ; osteofoliculita . . 118
Boeck (b) : scabia norvegiană crustoasă . . 118
Boeck (b) : sarcoidoza lui Boeck-Schaumann . 119
Boeck-Ibrahim (b) : eritemul micetic familial . 119
Bowen (b) : diskeratoza foliculară ; boala lui Darier 136
Bosch van den (s) : displazia ectodermică anhidrotică 128
Boselini (s) : chisturile cutanate foliculare multiple 129
Bouchut (b) : sclerodermia noului născut . . 131
Bowen (b) : epiteliomul spino-celular intraepidermic 136
Bowen (b) : eritroplazia 136
Brandt (s) : acrodermatita buloasă ; acrodermatita enteropatică 137
Brauer (s) : aplazia cutanată sistematizată . . 138
Braun-Falco (s) : mucinoza foliculară 138
Brocq (b) : acneea miliară recidivantă ; miliara pustuloasă 146
Brocq (b) : descuamaţia persistentă a buzelor . 146
Brocq (b) : eritrodermia pitiriazică în plăci diseminate 147
Brocq (b) : eritrodermia congenitală ihtioziformă 146
Brocq (b) : pemfigus subcutanat malign cu bule extensive 147
Brocq (b) : descuamarea marginată a limbii . 148
Brocq (b) : descuamarea persistentă a limbii . 148
Brocq (b) : lichenul în reţea ; parakeratoza în reţea 148
Brocq (b) : parapsoriazis în formă de picături . 149
Brocq (b) : pseudopelada ; alopecia atrofiantă . 149
Brocq (b) : sicosis lupoid ; acneea pilară cicatricială 149
Brocq (b) : pigmentarea peribucală 150
Brocq (s) : pemfigus ereditar traumatic . . 150
Brocq (b) : prurit circumscris cu lichenificare 150

Scanned with OKEN Scanner

Brocq-Dubreuilh (b) : keratodermia eritematoasă în plăci diseminate 151
Brocq-Dühring (b) : dermatita polimorfă dureroasă 151
Brocq-Pautrier (b) : angiolupoidul 152
Brocq-Pautrier (s) : glosita rombică mediană . 152
Brooke (b) : keratoza foliculară contagioasă . 153
Brooke (s) : keratodermia palmară şi plantară . 154
Brooke (s) : epiteliomul adenochistic 154
Bruenauer-Fuchs (s) : keratodermia striată sau în formă de benzi 157
Bruenauer (s) : descuamare palmo-plantară şi deformaţii palatine 157
Buschke (b) : scleredemul ; sclerodermia edematoasă Hardy 165
Buschke-Löwenstein (b) : condilomatoza acuminată gigantă 166
Cayenne (s) : lepridele eritematoase 186
Cazanave (s) : acneea cornoasă 186
Celse (b) : trichofiţia piogenă 188
Chomel (b) : trofodermatonecroza 211
Civatte (b) : poikilodermia reticulară pigmentară 212
Clouston (s) : sindromul canadienilor francezi (keratomul palmo-plantar) 217
Cobb (s) : angiomatoza medulo-cutanată . . 218
Comel (b) : ihtioza lineară circumflexă . . 225
Costello (b) : eritemul polimorf sau pemfigoid 235
Crist-Siemens (s) : polidisplazia ectodermică ereditară 239
Crocker (b) : cheilita exfoliatrice 240
Crocker-Mikulicz-Kuemmel (s) : cheilita exfoliativă 241
Crocker (b) : dermatita bruscă 243
Crocker-Williams (s) : eritemul proeminent durabil 243
Crust-Siemens (s) : anhidroza hipotrihotică cu hipodentiţie 247
Csillag (b) : dermatita lichenoidă cronică şi atrofică 247
Cushing (b) : angiomatoza cutaneo-medulară . 249
Cushing (s) : hiperfuncţia corticosuprarenală cu dermatopatie 250
Cutler (s) : papilomul dur 152
Danbolt-Closs (s) : acrodermatita enteropatică . 252
Danielsien-Boeck (b) : lepra tuberculoasă anestezică 253
Darier (b) : diskeratoza foliculară 254

Scanned with OKEN Scanner

Darier (b): eritemul inelar centrifug . . . 255
Darier (b): lentiginoza profuză 256
Darier (b): pseudoxantomul elastic . . . 256
Darier (b): sarcoidele nodoase diseminate . . 256
Darier (s): eritrodermia verucoasă în plăci simetrice 256
Darier (b): angiomul senil 257
Darier-Ferrand (b): dermatofibromul . . . 257
Darier-Roussy (s): sarcoidele hipodermice . . 258
Daucas-Kapenatakis (s): purpura eczematoidă . 261
Debré-Lamy-Lamotte (s): eritrodermia buloasă cu epidermoliză 267
Degos (b): papuloza atrofiantă malignă . . 268
Degos (b): genodermatoza keratozică . . . 269
Degos (b): genodermatoza în cocardă . . . 269
Delbanco (b): crauroza glandului și prepuțului penisului 276
Delbanco (b): heterotopia glandelor sebacee . 275
Devergie (b): lichenul psoriazic 280
Dercum (b): adiposis dolorosa 278
Dohie (b): acropigmentația simetrică . . . 288
Doutrepont-Hallopeau (s): tuberculoza framboesiană 290
Dubreuilh (s): prurigo limfatic 297
Ducrey (b): ulcerul moale; șancrul moale . 300
Ducrey-Stangiale (b): dermatita micoziformă atrofică 301
Dühring (b): dermatita polimorfă cu pusee succesive 301
Dühring (b): dermatita herpetiformă . . . 301
Eichstedt (s): pitiriazis versicolor . . . 314
Ehrman (b): foliculita sclerozantă a cefei . . 314
Ehlers-Danlos (s): cutis hiperelastica . . . 317
Engemann-Jansen (s): atrofia congenitală a pielii cu pigmentație 320
Fabry (b): angiokeratomatoza difuză a corpului 331
Favre-Chaix (s): angiodermita pigmentată și purpurică 341
Favre-Racouchot (b): elastoidoza cutanată nodulară 342
Feer (b): trofodermatonecroza 343
Fegeler (s): nevul telangiectazic pe nervul trigemen 344
Fiessinger-Rendu (s): ectodermoza erozivă pluriorificială 348
Fischer (s): keratoza palmo-plantară 351
Follmann (s): balanita erozivă 358
Fordyce (b): pseudocoloid 360

Fordyce (s): angiokeratomul scrotal . . . 360
Fournier (s): sifilomul ano-rectal 366
Fournier (b): cicatricele lui Fournier . . . 366
Fox-Fordyce (b): prurigo papulos al regiunilor piloase 368
Franceschetti-Jadassohn (s): dermatoza pigmentară reticulată 370
Freud (s): aplazia cutanată circumscrisă . . 378
Fuchs (s): ectodermoza erozivă 385
Gaupp (b): poikilodermia congenitală . . 406
Gianotti-Crosti (s): acrodermatita eritemato-papuloasă infantilă 414
Gibert (b): pitiriazis rose Gibert 415
Godfried-Prick-Carol-Prakken (s): neurofibromatoza cu malformaţii cardiovasculare . . 427
Goldenhar (s): dermoidul epibulbar . . . 429
Goldscheider (b): epidermoliza buloasă . . 430
Goltz (s): hipoplazia dermică focală . . . 430
Gottron (b): acrogeria 433
Gottron (s): papilomatoza carcinoidă a tegumentelor 434
Gottron-Hudelo (s): eritrokeratodermia simetrică progresivă 443
Gougerot (s): tuberculoza sarcomatiformă . . 434
Gougerot (b): boala trisimptomatică . . . 434
Gougerot (s): parakeratoza strălucitoare . . 435
Gougerot (b): lupusul miastenic 435
Gougerot-Blum (b): dermatita pigmentară lichenoidă 436
Gougerot-Carteaud (s): papilomatoza confluentă şi reticulară 436
Gougerot-Eliascheff (s): cheilita nodulară . . 436
Gougerot-Favre-Chaix (b): dermita ocră a membrelor inferioare 437
Gougerot-Hailey-Hailey (b): pemfigus benign familiar 437
Gougerot-Sjögren (s): sindromul oculo-artro-salivar 438
Gougerot-Houwers-Sjögren (s): sindromul oculo-artro-salivar 438
Goeminne (s): keloide multiple, torticolis, criptorhidie, etc. 439
Gross-Wolbach (b): hemangiomul sclerozant . 448
Gruby-Sabouraud (b): trichofiţia 448
Grütz-Bürger (b): lipoidoza pielii şi mucoaselor 450
Guelliot-Henoch (s): purpura fulminans . . 495
Gutmann (b): amiloidoza cutanată localizată . 458
Hailey-Hailey (s): pemfigus cronic benign . 465

Scanned with OKEN Scanner

Hallopeau (b): piodermita vegetantă . . . 468
Hallopeau (b): acrodermatita continuă . . 467
Hallopeau (s): lichenul plan şi scleros . . 468
Hallopeau-Besnier (b): micoza de formă eritrodermică 469
Hallopeau-Leredde-Darier (b): adenoame sebacee simetrice 469
Hallopeau-Villaret (b): eritemul cronic . . 469
Hardy (b): sclerodermia edematoasă . . . 477
Haxthausen (b): keratodermia climacterică . 483
Hayde (b): prurigo nodular 483
Hébra (s): pruritul cu papule al copilăriei . 486
Hébra (b): pitiriazis rubra 487
Hébra (b): eczema marginata 487
Hébra (s): eritemul exsudativ multiform . . 488
Hébra (s): scleredemul Hébra 488
Hébra (b): seboreea centrifugă 488
Hébra-Osler (s): eritemul exsudativ multiform 489
Heller (s): distrofia mediană canaliformă a unghiilor 493
Henoch (s): purpura fulminans 495
Henoch-Schoenlein (b): pelioza reumatismală . 497
Herlitz (s): pemfigus forma gravă . . . 498
Hoffmann (b): pata congenitală 513
Hoffmann-Habermann (b): melanodermatita toxică 513
Hoffmann-Kukassiewicz (b): panfoliculita pielii capului abcedată 514
Hoffmann-Zucchelli (b): pata congenitală . . 515
Hopf (b): acrokeratoza veruciformă . . . 522
Hurwitt (b): limfadenita dermatopatică . . 534
Hutchinson (s): eritemul proeminent durabil . 534
Hutchinson (b): lichenul psoriazic . . . 534
Hutchinson (s): eritematoidul malign . . . 535
Hutchinson (b): eritemul indurat 536
Hutchinson (b): pistruii maligni 536
Hutchinson (s): sudamina; dishidrosis . . 536
Hutchinson-Crocker (s): angiomul serpiginos . 537
Hyde (b): prurigo nodular 541
Jablonska (b): pemfigusul mucoaselor . . 546
Jablonska (b): piodermia cronică diseminată . 547
Jacquet (b): eritemul papulos fesier posteroziv 551
Jacquet-Sevestre (b): eritemul sifiloid posteroziv 552
Jacobi (b): poikilodermia reticulată pigmentară . 552
Jadassohn (b): anetodermia 553
Jadassohn (b): lupusul eritematos acut diseminat 554
Jadassohn (b): nevul sebaceu 554

Scanned with OKEN Scanner

Jadassohn-Dösseker (s) : mixedemul cutanat nodular 555
Jadassohn-Lewandowski (b) : keratoza diseminată circumscrisă 555
Jadassohn-Tieche (b) : nevul albastru 556
Jadassohn-Jaffé (b) : anetodermia eritematoasă 556
Jahnke (s) : angiomatoza encefalo-trigeminală cranio-facială 557
Jarisch (s) : hemangiomul tuberos multiplu . 563
Jarisch (s) : trichoepiteliomul papulos multiplu 563
Jersild (s) : sindromul elefantiazic genito-ano-rectal 564
Juliusberg (s) : pitiriazisul lichenoid cronic . . 570
Kaposi (b) : eczema herpetiformă 580
Kaposi (s) : acroangiomatoza 581
Kaposi (b) : lupusul exantematic 581
Kaposi (s) : limfangiomul tuberos multiplu . . 581
Kaposi (b) : eczema variceliformă 582
Kaposi (b) : pustuloza vacciniformă 582
Kaposi (b) : hiponoderma 582
Kaposi-Juliusberg (b) : pustuloza vacciniformă 582
Kaposi-Jrgang (b) : eritematodul profund . . 583
Kerion Celsi (b) : trichofiţia profundă 590
Klippel-Trenaunay (s) : angiomatoza hipertrofică 599
Knierer (s) : alotrihia circumscrisă a părului capului 603
Knud-Krabbe (s) : angiomatoza neuro-cutanată 603
Köbner (b) : epidermoliza buloasă 604
Kogaja (b) : pemfigus ocular 607
Krabbe (s) : angiomatoza tip Krabbe 615
Kyrle (b) : hiperkeratoza foliculară şi parafoliculară 627

17. OFTALMOLOGIA

Andogsky (s) : cataracta dermatogenă . . . 35
Asher (s) : hipotonia pleoapelor, macrocheilită, guşă, blefarocalazie 48
A—V (s) : sindroamele A—V ; strabism orizontal cu devierea privirii 53
Bárány (s) : migrena optică 67
Bardet-Laurence-Biedl-Biemond (s) : retinită pigmentară cu debilitate mintală, polidactilie, obezitate şi hipogonadism 67
Béal (b) : conjunctivita acută cu foliculi tip Béal 83

Scanned with OKEN Scanner

Beauvieux (b): întîrzierea mielinizării nervului optic 83
Behçet (s): sindromul oculo-buco-genital . . 87
Behr (b): eredo-degenerescența corioretiniană (forma presenilă) 88
Behr (b): atrofia nervilor optici la vîrsta copilăriei 88
Berlin (b): edemul petei galbene; comoția retinei 94
Best (b): degenerescența congenitală și ereditară a petei galbene 104
Biber (b): distrofia corneei; distrofia grilajată Haab-Dimmer 106
Bitot (s): xeroftalmia avitaminozică A . . 112
Brown (s): pseudoparalizia micului oblic . . 155
Brunner (b): paralizia cronică progresivă a globilor oculari 159
Brushfield (s): petele lui Brushfield din boala Langdon-Down 159
Charlin (s): sindromul ganglionului ciliar sau al nervului nazal 199
Chediak-Higashi (s): albinismul parțial oculo-cutanat 203
Coats (b): inelele albe ale corneei . . . 218
Cockayne (s): nanism distrofic cu retinită pigmentară, atrofie optică 219
Cogan (s): keratita interstițială nesifilitică cu tulburări vestibulare 220
Cogan (s): apraxia oculo-motorie 220
Coppock (b): cataracta discoidă 231
Danis-Copez (b): degenerescența exsudativă a retinei 254
David (s): nevrita optică edematoasă . . . 260
Devic (b): neuromielita optică acută . . . 281
Dejean (s): sindromul planșeului orbitar . . 270
Dimmer (b): distrofia corneei 285
Dimmer (b): inflamația numulară a corneei . 285
Dimmer-Stellwag (b): inflamația numulară a corneei 285
Donders (b): glaucomul 290
Doyne (b): inflamația în picătură a corneei . 292
Doyne (b): coroidita familială în fagure de miere 292
Doyne-Henneycomb (b): coroidita discoidă . . 293
Duane-Stilling-Tuerck (s): absența congenitală a mișcărilor bilaterale ale ochilor 295
Eales (b): retinita perforată 311

Escat (s) : migrena optică 326
Fleisher (b) : distrofia epitelială a corneei . . 353
Förster (b) : coroidita lui Förster 364
Förster-Kennedy (s) : atrofie optică, edem papilar şi anosmie 363
Forster (s) : coroidita areolară 364
Fothergill (b) : nevralgia de trigemen 365
François-Neetens (b) : distrofia parenchimatoasă a corneei 373
Frenkel (s) : sindromul traumatic anterior . . 375
Fuchs (s) : sindromul muco-cutaneo-ocular acut cu eritem 385
Fuchs (b) : distrofia irisului 385
Fuchs (b) : endotelio-descemetita Fuchs . . . 386
Fuchs (b) : atrofia coroidei şi retinei 386
Fuchs (b) : heterocromia Fuchs 387
Fuchs (b) : coloboma 388
Fuchs (b) : keratita numulară 388
Fuchs (b) : keratita marginală superficială . . 389
Fuchs (b) : ulceraţia marginală 389
Fuchs (b) : keratita flictenulară sau buloasă . 389
Fuchs (b) : degenerescenţa maculară Fuchs . . 390
Galeazowski-Parinaud (s) : boala ghearelor de pisică oculo-glandulară 395
Garcin (s) : paralizia muşchilor oculo-motori . 398
Gilbert-Behçet (s) : sindromul oculo-buco-genital 419
Gougerot-Sjögren (s) : sindromul oculo-buco-artro-salivar 438
Gougerot-Houwers-Sjögren (s) : sindromul oculo-artro-salivar 438
Gover-Patton-Kennedy (b) : atrofia optică primitivă 590
Gradenigo (s) : sindromul vîrfului stîncii . . 440
Groenblad-Strandberg (s) : pseudoxantomul elastic cu striuri angiode 446
Groenow I (b) : degenerescenţa granulară a corneei 447
Groenow II-Fehr (b) : distrofia pătată a corneei 448
Haab (b) : distrofia atrofică şi pigmentară a retinei 460
Haab (b) : opacifierea în bandeletă 461
Haab (b) : atrofia traumatică oculară 461
Haab-Dimmer (b) : distrofia în grilaj a corneei 461
Hallermann-Streiff-François (s) : microftalmie, cataractă, agenezia mandibulei 466
Harada (b) : coroidita acută difuză exsudativă 477
Heerfordt (b) : febra uveo-paratiroidiană . . 490

Scanned with OKEN Scanner

Hennebert (s): nistagmus cu leziuni labirintice la eredo-sifilitici 495
Herrenschwand (b): heterocromia irisului . . 499
Hertwig-Magendie (s): strabismul de origine labirintică 502
Hippel (b): angiomatoza retiniană 507
Hippel-Lindau (b): angiomatoza cerebro-retiniană 507
Hornicker (s): retinopatia centrală angiospatică 509
Hutchinson-Tay (b): coroidita în picătură . . 538
Jensen (b): retinocoroidita juxtapapilară . . 563
Junius-Kuhnt (b): degenerescența exsudativă maculară 571
Kennedy (b): atrofia optică primitivă cu stază papilară 590
Kiloh-Nevin (b): miopatia oculară . . . 592
Kitahara (b): corioretinita seroasă centrală . 600
Koch-Weeks (b): conjunctivita muco-purulentă epidemică 604
Kočnen (b): tumoarea corneeană periungheală . 605
Koby (b): degenerescența superficială a corneei 605
Kogoja (b): pemfigusul ocular 607
Krupa-Posner-Schlossmann (s): glaucomul ciclic 617

18. STOMATOLOGIA

Baader (s): dermatostomatita lui Baader . . 54
Bataille (b): parodentoza din keratodermiile palmo-plantare 77
Beckwith-Widemann (s): sindromul OMG (omfalocel, macroglosie, gigantism) 86
Bednar (b): ulcerele traumatice ale palatului dur 87
Behçet (s): sindromul oculo-buco-genital . . 87
Bolk (b): tuberculul lui Bolk 123
Böök (b): aplazia premolarilor 126
Braun (s): sindrom malformativ complex oro-facio-digital 137
Brocq-Pautrier (s): glosita rombică mediană . 152
Bruenauer (s): malformații ale bolții palatine și tulburări dermice 157
Capedepont (b): displazia lui Capedepont . . 174
Cardarelli (b): fibromul sublingual al sugarului 175
Cardarelli (b): subglosita difteroidă . . . 175
Charlie (s): sindromul malformativ oro-facio-digital 199
Chevallier (b): glosita papulo-exulceroasă benignă 205

Chevallier (b) : glosita triunghiulară posterioară 206
Comby (s) : stomatita pultacee de natură rujeolică 224
Costen-Hennebert-Dechaume (s) : artralgia temporo-mandibulară 235
Crouzon (s) : disostoza cranio-facială 245
Crust-Siemens (s) : anhidroza hipotrihotică cu hipodentiţie 247
Dechaume-Grellet-Dubreuille (s) : contuzia articulaţiei temporo-maxilare 268
Delbanco (b) : heterotopia glandelor sebacee ale mucoasei bucale 275
Duguet (b) : angina din febra tifoidă 302
Fauchart (b) : pioreea alveolară şi dentară . . 341
Fauchard (b) : amfodontoza 344
Fevre (b) : sindromul oro-facio-digital complex 350
Fitzgerald-Gardner (s) : osteomatoza cranio-facială 352
Fordyce (b) : pseudocoloidul 360
Franceschetti (s) : disostoza mandibulo-facială 369
Franceschetti-Zwahlen (s) : disostoza mandibulo-facială 369
François (s) : dismorfia mandibulo-facială . . 372
Frangenheim (b) : hiperostoza simetrică familială a maxilarelor 373
Frey-Thomas (s) : sindromul nervului auriculo-temporal după parotidită 378
Fuchs (s) : stomatita pseudo-membranoasă şi conjunctivală difteroidă 385
Gensoul (b) : flegmonul fundului cavităţii bucale 409
Gilbert-Behçet (s) : sindromul oculo-buco-genital 419
Goltz (s) : hipoplazia dermică şi facială . . 430
Guérin (b) : fractura bilaterală orizontală a maxilarului superior 451
Guilford-Tendlau (s) : anhidroza, hipotrichoza şi anadontia 452
Hallermann-Streiff-François (s) : microftalmie, cataractă, agenezia mandibulei 466
Holter-Wiedemans (s) : capul în formă de treflă cu malformaţii faciale 518
Hunter (s) : glosita Hunter 530
Jacobi (s) : stomatita nevrotică cronică . . . 542
Jacob (b) : constricţia permanentă a maxilarelor 548
Juberg-Hayward (s) : sindrom malformativ complex 569

Scanned with OKEN Scanner

Bezold (b): mastoidita Bezold ; abcesul Bezold 105
Bugard-Souvores-Coste-Valde-Salle (s): surditatea progresivă a aviatorilor 161
Carthart (s): diminuarea conductibilităţii zgomotelor în lichidul urechii interne . . . 179
Charlin (s): sindromul nervului nazal . . 199
Chevalier-Jackson (b): laringo-traheo-bronşita acută 205
Citelli (s): hipertrofia ţesutului limfatic naso-faringian 213
Cockayne (s): nanism distrofic cu surditate şi tulburări oculare 219
Cogan (s): keratita interstiţială cu simptome vestibulo-auditive 220
Collet-Martigli-Hoffmann (s): paralizia unilaterală a limbii şi corzilor vocale cu sindromul Bernard-Horner 222
Duguet (b): angina din febra tifoidă . . . 302
Espundia (b): leishmanioza nasofaringiană . . 326
Garel (s): sindromul apofizei stiloide lungi . . 397
Gensoul (b): flegmonul fundului cavităţii bucale 409
Gerhardt (s): paralizia corzilor vocale . . . 411
Gradenigo (s): sindromul vîrfului stîncii . . 440
Greig (s): hipertelorismul 445
Grisel (b): torticolis de origine infecţioasă naso-faringiană 446
Grumbach (s): dispneea laringiană prin paralizie glotică 449
Henoch (b): angina gangrenoasă a scarlatinei 496
Hertwig-Magendie (s): strabismul de origine labirintică 502
House-Carrey (s): intoxicaţia cu abuz de vasoconstrictoare 524
Hughlings-Jackson (s): hemiplegia spallo-faringo-gloso-faringee 526
Hunt (b): otita herpetică 529
Isambert (b): forma faringolaringiană a granuliei 544
Jacod (s): sindromul carefourului petro-sfenoidal 553
Jakobsohn (s): nevralgia timpanică sau otică 558
Kelly-Paterson (s): strîmtoarea esofagului superior 588

Abaza-Hoet (s) : sindromul gravidic de origine hormonală 9
Asherman (s) : sinechia intrauterină 48
Bandl-Frommel (s) : iminența de avort 65
Brenner (b) : tumoare benignă a ovarului . . . 140
Breuss (b) : hematomul membranei deciduale ; mola hematică 140
Caulk (s) : sindromul obstructiv prostatic feminin 185
Cheatle-Cutler (b) : mastita plasmocitară . . 203
Chiari-Frommel (s) : sindromul amenoree-galactoree-postpartum 207
Cooper (b) : boala fibrochistică 228
Cooper (b) : mastodinia ; nevralgia mamară . 229
Couvelaire (s) : apoplexia utero-placentară . . 237
Dalsace-Netter-Musset (b) : aderențele intrauterine din tbc. uterină 252
De Lee (s) : sindromul distocie-distrofie . . . 276
Demons-Meigs (s) : fibrom ovarian cu ascită și hidrotorax 277
Dreyfus (s) : sindromul hiperfoliculinic premenstrual 295
Falson (s) : sindromul obstructiv prostatic feminin 336
Forbes-Albright (s) : sindromul amenoree-galactoree 362
Frommel (s) : sindromul amenoree galactoree din postpartum 384
Frommel-Bandl (s) : sindromul rupturii uterine iminente 384
Halban (b) : sarcina falsă 464
Hofstätter-Culen-Helendahl (s) : ombilicul albastru 517
Huët (s) : sindromul hepato-ovarian 526
Huguier (b) : fibromatoza uterină 526
Kruckenberg (b) : tumoarea ovariană metastatică 617

21. TUMORI BENIGNE ȘI MALIGNE

Abricosov (b) : mioblastomul granular ; miomul fibroblastic 14
Aran (b) : cancerul vrede al lui Aran ; cloroleucoza 40
Barile (s) : reticuloendotelioza cu eritremie . . 69
Birch-Hirschfeld (b) : rabdomiosarcomul renal ; carcinomul renal 112

Scanned with OKEN Scanner

Borst-Jadassohn (b) : carcinomul intraepidermic ; carcinomul in situ 127
Bowen (b) : epiteliomul spino-celular intraepidermic ; diskeratoza 136
Brenner (b) : tumoarea benignă de ovar . . 140
Brooke (s) : epiteliomul adeno-chistic . . . 154
Burkitt (b) : limfomul Burkitt 164
Civatte (b) : fibromul în pastile 212
Darier (b) : epiteliomul pagetoid 255
Degos (b) : papuloza atrofiantă malignă ; sindromul cutaneo-intestinal 268
Demons-Meigs (s) : fibrom ovarian cu ascită şi hidrotorax 277
Ewing (b) : sarcomul Ewing 328
Fairley (s) : sindromul poliglobulie-tumoare . 334
Ferguson-Smith (b) : carcinomul spinocelular vindecabil 345
Fujinami (b) : mixosarcomul Fujinami . . . 391
Grawitz (b) : tumoarea Grawitz 442
Guyon (b) : carcinoza prostato-pelviană . . 459
Hodgkin (b) : sarcomul malign Hodgkin . . 512
Jackson (b) : adenomul carcinoid al bronşiilor . 550
Jackson (s) : leziunea unilaterală a perechilor 9—12 de nervi cranieni 550
Jacquet (s) : siringocistadenomul 551
Jacquet-Darier (s) : epiteliomul chistic benign 552
Jadassohn (s) : infiltraţia pseudoleucemică . . 554
Kaposi (b) : sarcomul idiopatic hemoragic multiplu 582
Kauffmann-Wolff (b) : limfocitomul . . . 587
Koënen (b) : epiloia 605
Krabbe (b) : pinealomul Krabbe 615
Krompecher (b) : carcinomul lui 616
Kruckenberg (b) : tumoarea ovariană metastatică 617
Kundrat (b) : limfosarcomul pluricentric . . 620
Kundrat-Paltauf (b) : limfosarcomul pluricentric 621

22. MALFORMAŢII

Aberfeld-Hinterbuchner-Schneider (s) : miotonie cu anomalii oculare şi ale feţei 11
Achard-Foix-Mouzon (s) : agenezia subtotală ; agenezia sacro-coccigiană 14
Apert (b) : acrocefalosindactilia ; omul de sticlă 37
Apert (s) : deformaţia toracică congenitală presternală 37
Apert-Crouzon (b) : acrocefalosindactilia . . 37

Scanned with OKEN Scanner

Apert-Park-Powers (s) : acroencefalosindactilia . 39
Bardet-Laurence-Biedl-Biemond (s) : debilitate mintală, polidactilie, obezitate, hipogonadism, retinită pigmentară 67
Bartenwerfer (b) : condrodisplazia spondiloepifizară 72
Basel-Hagen (b) : agenezia extremității inferioare a cubitusului 75
Beckwith-Wiedemann (s) : sindromul OMG (omfalocel, macroglosie, gigantism) 86
Bland-White-Garland (s) : malformație congenitală complexă 114
Bonnevie-Ullrich (s) : disgenezia gonadică . . 125
Braun (s) : sindromul oro-facio-digital 137
Caminopetros (s) : anemia geofagilor ; anemia eritroblastică a mongoloizilor 172
Charlie (s) : sindromul malformativ oro-facio-digital 199
Cockayne (s) : nanism distrofic cu retinită pigmentară 219
Crooksank (s) : degetele în furcă 244
Crouzon (s) : acrocefalosindactilia 245
Crouzon (s) : disostoza craniofacială 245
Dandy-Walker (s) : hidrocefalia prenatală . . 253
Devic-Bussy (s) : polipoza jejuno-colică asociată cu alte anomalii 281
Digton (b) : osteopsatiroza cu surditate 284
Divry (s) : angiomatoza difuză cortico-meningee . 285
Dr. (s) : sindrom malformativ determinat de cromozomul D în inel 293
Durand-Zunin (s) : defectul de dezvoltare complexă 307
Ellis-van Creveld (s) : displazia condro-ectodermică 316
Fevre (s) : sindromul oro-facio-digital complex 350
Fitzgerald-Gardner (s) : osteomatoza cranio-facială 352
Franceschetti (s) : disostoza mandibulo-facială . 369
Franceschetti-Zwahlen (b) : disostoza mandibulo-facială 370
François (s) : sindromul discefalic 372
François (s) : cataractă, agenezia maxilarului și hipotrichoză 373
Froehlich (s) : sindromul deficienței mușchilor abdominali 382
Gardner (s) : polipoza digestivă cu tumori multiple ale oaselor și țesuturilor 397
Giacomini (s) : microcefalia adevărată . . . 414

Scanned with OKEN Scanner

Goltz (s) : hipoplazia dermică focală . . . 430
Gregg (s) : sindromul malformativ Gregg . . 444
Greig (s) : distrofia sfenoidului ; hipertelorismul 445
Groenblad-Strandberg (s) : elastoza distrofică . 446
Gruber (s) : disencefalia splahnochistică . . 448
Guérin-Stern (s) : sindromul artro-miodisplazic congenital 451
Guilford-Tendlau (s) : anhidroza polidisplastică 452
Hallermann-Streiff-François (s) : microftalmie, cataractă, agenezia maxilarului inferior . . . 466
Hanhart (s) : promelia şi micrognatie . . . 473
Haller-Wiedemans (s) : capul în formă de treflă 518
Holt-Oram (s) : cardiopatia cu malformaţii scheletice 518
Huët (b) : anomalia lui Huët 528
Hutchinson-Gilford (s) : nanismul senil . . 537
Jahnke (s) : angiomatoza encefalotrigeminală cranio-facială 557
Jervell-Lange-Nielsen (s) : sindromul dismorfic ereditar 564
Joseph (b) : displazia cranio-diafizară progresivă 567
Juberg-Hayward (s) : sindrom malformativ complex 569
Ivemark (s) : polidistrofia lui Ivemark . . 573
Kartagener (s) : pancreas polichistic, polipoză nazală, etmoido-antrită 584
Klippel-Feil (s) : omul fără gît 598

Redactor : VASILE ŞUVĂIALĂ
Referent : Prof. dr. VIOREL GLIGORE
Tehnoredactor : MIHAI BUJDEI

Apărut 1975. Format 61×86/24. Coli tipo 28,50.
Bun de tipar la 12. VII. 1975. Tiraj 5 600 exemplare.
Editura „Junimea", str. Gheorghi Dimitrov, nr. 1,
IAŞI — ROMANIA

Tiparul executat la Întreprinderea poligrafică
Iaşi, str. Vasile Alecsandri, nr. 6.